

Tuuli Nikkarinen, Santeri Huvinen, Mats Brommels

Kansallinen konsensus ja paikallinen pohdinta

Lääkkeenmääräämiskäytäntöjen muuttaminen koulutuksellisin keinoin

Rohto-projektin arviointiraportti

TIIVISTELMÄ

Tuuli Nikkarinen, Santeri Huvinen, Mats Brommels. Kansallinen konsensus ja paikallinen pohdinta. Lääkkeenmääräämiskäytäntöjen muuttaminen koulutuksellisin keinoin. Rohto-projektin arviointiraportti. Helsinki, 2002. 203 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2002:1)
ISBN 952-00-1111-0

Rohto -projekti on laajapohjainen toimenpideohjelma, jolla on vuosina 1998-2001 pyritty ohjaamaan lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöjä rationaalisempaan suuntaan. Taustayhteisöinä hankkeessa ovat olleet lääkärijärjestöt, sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos, Lääkelaitos, opetusministeriö sekä Suomen Kuntaliitto. Toimintaohjelman periaatteena oli aktivoida lääkäreitä oman toiminnan kriittiseen tarkasteluun. Keinoina käytettiin erityisesti pienryhmätoimintaa ja työpajoja. Lisäksi ohjelmaan kuului laajamittainen tiedotustoiminta ja valtakunnallisia tukitoimia.

Hankkeen arvioinnista vastasi Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos. Arviointia toteutettiin seuraamalla eri toimintamuotoja ja pyrkimällä tunnistamaan toiminnan tuloksellisuutta edesauttavia ja estäviä tekijöitä. Tulokset raportoitiin säännöllisesti, aluksi tätä tarkoitusta varten perustetulle neuvotteluryhmälle, ja projektin edetessä suoraan arviointitutkimuksen toimeksiantajan edustajalle sekä projektin johdolle. Arviointitoiminnasta laadittiin vuosittain kolme väliraporttia.

Pienryhmätoiminta organisoiitiin alueellisten pienryhmien varaan. Niitä ohjasivat alueelliset yhdyshenkilöt, jotka saivat projektin toimesta koulutusta tehtävään. Osallistujat olivat voittopuolisesti tyytyväisiä, ryhmien itseohjautuvuus lisäsi sitoutumista ja asenteet muokkautuivat, mutta käytännön tuloksia eli lääkkeenmääräämiskäytäntöjen muuttumista ei tässä yhteydessä selvitetty. Arviointiryhmä suosittelee pienryhmätoiminnan kytkemistä kiinteästi alueelliseen koulutusorganisaatioon, jota ylläpitää esimerkiksi sairaanhoitopiiri alueen terveyskeskusten kanssa. Pienryhmien vetäjiä tulisi kannustaa kirjaamaan tietoinen "toimintamalli", mikä helpottaisi itsearviointia ja koulutuksen kehittämistä. Pienryhmätoiminnassa tulisi keskittyä käsittelemään omia potilastapauksia ja määräämiskäytäntöjä koskevaa palauteaineistoa. Vetäjien tukeen tulee kiinnittää riittävästi huomiota.

Terveyskeskusten kanssa järjestettyjä päivänmittaisia paikallisia koulutuspäiviä kutsuttiin Rohto-pajoiksi. Niissä käsiteltiin lääkehoitoaiheita projektin ja paikallisten asiantuntijoiden esittämällä tietoiskuilla sekä analysoimalla lääkkeenmääräämistilastoja. Työskentelymuoto oli onnistunut.

Rohto -projektin toiminta oli näkyvää ja tunnettua. Yksimielisesti pidettiin toiminnan jatkumista myös projektivaiheen jälkeen tärkeänä. Projektin voimavarat olivat niukat kunnianhimoisiin tavoitteisiin nähden. Pahimmaksi rajoittavaksi tekijäksi muodostui asiantuntijoiden ja alueellisten yhdyshenkilöiden saatavuus. Rohto -ohjelma olisi hyötynyt selkeämmästä projektityöskentelystä ja tiiviimmästä yhteistyöstä terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien kanssa.

Arviointiryhmä esittää, että rationaalista lääkehoitoa koskeva koulutustoiminta kytetään osaksi alueellisesti järjestettävää täydennyskoulutusta. Se hyödyntäisi mahdollisimman tehokkaasti yksilökohtaisia palautetietoja ja käsitteisi osallistujien omia potilastapauksia. Sairaanhoidopiirien ja terveyskeskusten johdon antama aktiivinen tuki on välttämätöntä, koska osallistuminen koulutukseen on tehtävä mahdolliseksi ennen kaikkea joustavin työaikajärjestelyin, joilla ei ole kielteisiä taloudellisia vaikutuksia osallistujille. Koulutukseen tulisi kytkeä ne erikoisalojen asiantuntijat, jotka ovat koulutuksen piirissä olevien perusterveydenhuollon ammattihenkilöiden luonnollisia yhteistyökumppaneita. Alueellisia ja paikallisia koulutusryhmiä varten tarvitaan paikallisia "vertaisohjaajia", joille on järjestettävä riittävä ohjaajakoulutus ja tuki.

Asiasanat: arviointi, kehittäminen, lääkehoito, lääkemääräykset, lääkärit, täydennyskoulutus

REFERAT

Tuuli Nikkarinen, Santeri Huvinen, Mats Brommels Nationell konsensus och lokala funderingar. Att ändra praxisen vid ordination av läkemedel med hjälp av utbildning. Rapport om utvärdering av Rohto-projektet. Helsingfors, 2002. 203 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2002:1)
ISBN 952-00-1111-0

Rohto-programmet är ett bredbasigt åtgärdsprogram, med vilket man åren 1998-2001 försökt främja en rationell praxis vid ordination av läkemedel. Projektet har varit ett samarbete mellan läkarorganisationerna, social- och hälsovårdsministeriet, Folkpensionsanstalten, Läkemedelsverket och Finlands Kommunförbund. Syftet med programmet var att aktivera läkarna till en kritisk granskning av den egna verksamheten. De använda metoderna var särskilt smågruppsverksamhet och workshopar. I programmet ingick dessutom en omfattande informationsverksamhet och riksomfattande stödåtgärder.

Institutionen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet svarade för utvärderingen av projektet. Utvärderingen genomfördes genom att följa upp olika verksamhetsformer och genom att försöka identifiera de faktorer som främjar eller utgör ett hinder för ett gott resultat. Resultaten rapporterades regelbundet, till en början till en förhandlingsgrupp grundad för detta ändamål och i takt med att projektet framskred direkt till representanten för utvärderingens uppdragsgivare och projektets ledning. Årligen utarbetades tre mellanrapporter om utvärderingen.

Smågruppsverksamheten organiserades inom ramen för de regionala smågrupperna. De styrdes av regionala kontaktpersoner som inom ramen för projektet utbildades för denna uppgift. Största delen av deltagarna var nöjda, gruppernas självstyrelse ökade viljan att förbinda sig och attityderna förändrades. I detta sammanhang utreddes dock inte vilka resultaten var i praktiken, dvs. hur ordinationspraxisen förändrades. Utvärderingsgruppen rekommenderar att smågruppsverksamheten kopplas tätt ihop med den regionala utbildningsorganisationen, som till exempel sjukvårdsdistriktet upprätthåller tillsammans med hälsovårdscentralerna inom distriktet. Den som ansvarar för smågruppsverksamheten skall uppmuntras att göra upp en medveten ”verksamhetsmodell”, vilket underlättar självutvärderingen och utvecklingen av utbildningen. I smågruppsverksamheten skall man koncentrera sig på att behandla responsen i fråga om patientfall och ordinationspraxis. Tillräcklig uppmärksamhet skall fästas vid att stöda dem som ansvarar för gruppverksamheten.

Lokala endags kurser som ordnades tillsammans med hälsovårdscentralerna kallades för Rohto-workshopar. Frågor i anslutning till läkemedelsbehandling behandlades utgående från information av projektets och lokala sakkunniga samt genom att analysera ordinationsstatistik. Arbetsformen ansågs lyckad.

Rohto-projektets verksamhet var synlig och välkänd. Man var eniga om vikten av att verksamheten fortsätter även efter projektskedet. Projektets resurser var knappa i förhållande till de ambitiösa målen. Det som mest begränsade verksamheten var tillgången på sakkunniga och regionala kontaktpersoner. Rohto-programmet hade haft

nytta av ett klarare projektarbete och ett intensivare samarbete med hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistrikten.

Utvärderingsgruppen föreslår att utbildning i rationell läkemedelsbehandling kopplas till den regionala fortbildningen. Utbildningen skall så effektivt som möjligt utnyttja individanknuten respons och behandla deltagarnas egna patientfall. Ett aktivt stöd från sjukvårdsdistriktens och hälsovårdscentralernas ledning är nödvändigt, eftersom deltagandet skall möjliggöras framför allt med hjälp av flexibla arbetstidsarrangemang som inte har negativa ekonomiska verkningar för deltagarna. De sakkunniga inom ett specialområde, som är naturliga samarbetspartner för de yrkesutbildade personer inom primärhälsovården som verkar inom utbildningen, skall kopplas till utbildningen. För de regionala och lokala utbildningsgrupperna behövs lokala kollegiala handledare, som skall få tillräcklig handledarutbildning och tillräckligt stöd.

Nyckelord: evaluering, fortbildning, läkare, läkemedelsbehandling, läkemedelsordinationer, utveckling

SUMMARY

Tuuli Nikkarinen, Santeri Huvinen, Mats Brommels. National consensus and local consideration. Changing the prescription practices by means of training. Evaluation Report of the ROHTO Project. Helsinki, 2002. 203p. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2002:1)
ISBN 952-00-1111-0

The ROHTO programme is a wide-ranging action programme carried out in 1998 to 2001 with the aim of steering physicians' prescription practices in a more rational direction. The project was organised by Finnish physicians' associations, the Ministry of Social Affairs and Health, the Social Insurance Institution, the National Agency for Medicines and the Association of Finnish Local and Regional Authorities. The principle of the action programme was to encourage physicians to review critically their own prescription practices. As tools were used in particular work in small teams and workshops. In addition, extensive information activities and national support measures were involved.

The Department of Public Health of the University of Helsinki was responsible for the evaluation of the project. The evaluation was carried out by monitoring different modes of action and by seeking to identify factors increasing or reducing the efficiency of the actions. The results were reported on a regular basis, at first to the advisory group set up for this purpose, and as the project advanced directly to the representative of the body commissioning the evaluation study and to the project management. A progress report on the evaluation was drawn up annually during the project.

The small-team work was organised to be carried out by regional teams. They were guided by regional contact persons, who had been trained for this task. The participants were predominantly satisfied, the self-steering of the teams increased the commitment and the attitudes were moulded, but the practical results, i.e. the change in prescription practices, were not studied in that context. The evaluation team recommends linking the small-team work closely to the regional training organisation, which is maintained for instance by the hospital district together with the health centres of the region. The leaders of the small teams should be encouraged to draw up a 'conscious model of action', which would facilitate self-evaluation and development of training. The work in small teams should focus on dealing with the feedback concerning own patients and prescription practices. The need for support to leaders should be paid enough attention.

One-day local training courses, ROHTO workshops, were organised in co-operation with health centres. They discussed pharmacotherapy issues on the basis of the information given by the project and local experts and by analysing the prescription statistics. This mode of work proved a success.

The activities of the ROHTO project were visible and widely known. It was stated unanimously that it is important to continue the activities after the project phase has ended. In view of the ambitious objectives of the project its resources were scanty. The worst factor limiting the achievement of the objectives was the poor access to experts and regional contact persons. The ROHTO programme would have benefited

from work that would have taken place more clearly in the form of a project and from a closer co-operation with health centres and hospital districts.

The evaluation team put forward a suggestion that the training concerning rational pharmacotherapy should be made a part of the further training organised on regional basis. It would benefit optimally individual feedback information and deal with the participants' own patients. Active support by the management of hospital districts and health centres is necessary, since participation in training must be rendered possible above all through flexible working time arrangements and without negative financial consequences for participants. Those experts in specialties that are natural co-operation partners of the primary health care professionals covered by the training should be used as trainers. Local 'peer advisors' are needed for regional and local training groups, and they should be provided with sufficient training and support for the work.

Key words: evaluation, development, further training, physicians, pharmacotherapy, prescriptions

Esipuhe

Yhteiskunnallinen muutos 1990-luvulla näkyi muun muassa julkisen järjestelmän rakenteiden ja ohjauksen uudistumisena. Myös terveydenhuollossa vuosikymmen toi mukanaan mittavia muutoksia. Kuntien vastuu korostui, ja valtion ohjauksessa siirryttiin normi- ja taloudellisesta ohjauksesta informaatio-ohjaukseen. Sen tärkeimmäksi välineeksi muodostuivat laajat yhteistyöhankkeet, joihin kutsuttiin mukaan valtion, kuntien ja kuntayhtymien lisäksi myös ammattijärjestöt ja alalla toimivat vapaaehtois- ja kansalaisjärjestöt.

Rohto –projekti on osa informaatio-ohjauksen yhteydessä syntynyttä yhteistyökulttuuria. Sen tärkeimpiä tuloksia onkin että sosiaali- ja terveysministeriön, Kansaneläkelaitoksen, Lääkelaitoksen, Suomen Kuntaliiton, opetusministeriön, Suomen lääkäriliiton ja Suomalainen lääkäriseura Duodecimin edustajat loivat yhteistyöhengen ja toimivan yhteistyötavan poikkeuksellisen vaativan tehtävän suorittamiseksi: olihan tavoitteena vaikuttaa niiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintakäytäntöihin, joiden itsenäistä päätöksentekoa vanhat perinteet ja voimassaoleva lainsäädäntö korostavat. Keskeisin saatu kokemus olikin, että on laadittava monipuolinen vaikuttamisen keinovalikoima, jossa yhdistyvät koulutukselliset toimenpiteet, viranomaisten ohjaus sekä järjestelmän eri toimijoiden vastuunjaon tarkistaminen.

Nyt julkaistava Rohto –projektin arviointiraportti on laaja ja yksityiskohtainen. Alkuperäisenä tavoitteena oli, että arviointi olisi voinut hyödyntää projektia, sen suunnittelua ja toteutusta hankkeen aikana. Koska tässä ei kaikilta osin onnistuttu kirjoittajat toivovat, että raporttia vastaavasti voidaan hyödyntää pysyvää Rohto –toimintaa käynnistettäessä.

Raportin laadintaan ovat myötävaikuttaneet sen kirjoittajien lisäksi LL Taina Mäntyranta, prof. Risto Tuominen ja proviisori Sanna Raappana. Taina Mäntyranta osallistui laajan kirjallisuuskatsauksen kokoamiseen ja laadintaan. Risto Tuominen ja Sanna Raappana suunnittelivat alkuperäisen arviointisuunnitelman mukaisesti lääkäreiden taloudellisten seikkojen tuntemusta ja asenteita koskevaa kyselytutkimusta. Se poistettiin kuitenkin arviointitehtävästä, ja tutkimus toteutettiinkin Rohto –projektin ulkopuolisena hankkeena.

Kaiken inhimillisen kehittämistyön pontimena on jompikumpi kahdesta vastakkaisesta tavoitteesta: joko tehdä itsensä tarpeettomaksi tai osoittaa pysyvä tarpeellisuutensa. Parasta on tietenkin pyrkiä ensinmainittuun, ja jättää toisen mahdollisuuden esittäminen hankkeen hyötyjen tehtäväksi. Tätä kirjoittaessa on tiedossa, että Kansallinen projekti Suomen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ehdottaa Rohto –toiminnan jatkamista pysyvänä toimintamuotona. Lievästi leikkimielinen kappaleen alku muistuttakoon meitä siitä, että järjestelmällinen lääkäreiden tutkimustietoon perustuvien lääkkeenmääräämispäätösten tukeminen on pitkälläkin tähtäimelläkin tarpeellista toimintaa, vaikka tavoitteena on, että näiden tietojen omaksuminen olisi osa lääkäreiden elinikäiseen oppimiseen perustuvaa ammatillista kehittymistä.

Mats Brommels

Yhteenveto

Rohto –projekti on laajapohjainen toimenpideohjelma, jolla on vuosina 1999-2001 pyritty ohjaamaan lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöjä rationaalisempaan suuntaan. Taustayhteisöinä hankkeessa ovat olleet lääkärijärjestöt, sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos, Lääkelaitos, opetusministeriö sekä Suomen Kuntaliitto. Projektioorganisaatiossa työskenteli projektipäällikkö sekä osan projektin kestosta projektilääkäri. Tukena projektioorganisaatiolla oli seurantaryhmä, jonka jäseniä osallistui myös projektin operatiiviseen toimintaan. Projektia johti johtoryhmä, jossa kaikki taustayhteisöt olivat edustettuina.

Hankkeen arvioinnista vastasi Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos. Arviointia toteutettiin seuraamalla eri toimintamuotoja ja pyrkimällä havaitsemaan toiminnan tuloksellisuutta edesauttavia ja estäviä tekijöitä. Tiedonkeruumenetelminä käytettiin pienryhmien toiminnan dokumentointia (portfoliot, oppimispäiväkirjat), kyselyjä ja haastatteluja. Tulokset raportoitiin säännöllisesti aluksi tätä tarkoitusta varten perustetulle neuvotteluryhmälle, projektin edetessä suoraan arviointitutkimuksen toimeksiantajan edustajalle ja projektin johdolle. Arviointitoiminnasta laadittiin vuosittain kolme väliraporttia.

Toimintaohjelman periaatteena oli lääkäreiden aktivoiminen oman toiminnan kriittiseen tarkasteluun. Keinoina käytettiin lähinnä pienryhmätoimintaa ja työpajoja. Lisäksi ohjelmaan kuului laajamittainen tiedotustoiminta.

Pienryhmätoiminta oli organisoitu alueellisten pienryhmien varaan. Pienryhmiä ohjasivat alueelliset yhdyshenkilöt, jotka saivat projektin toimesta koulutusta tehtävään. Työpajoja järjestettiin alueellisesti projektioorganisaation toimesta paikallista asiantuntemusta hyödyntäen.

Pienryhmätoiminta lähti hyvin innostuneesti käyntiin, mutta lähinnä lääkäreiden työsidonnaisuudesta johtuen osallistuminen pienryhmätoimintaan laimeni selkeästi projektin edetessä. Jatkuvuus pystyttiin parhaiten ylläpitämään mikäli toiminta järjestettiin yhden terveyskeskuksen puitteissa. Useammalla alueella siirryttiin projektin edetessä moniammatillisiin ryhmiin, joista alustavat kokemukset olivat positiivisia. Yhdyshenkilöiden vaihtuvuus oli suurta ja rekrytointi jossain määrin ongelmallista.

Osallistujat ilmoittivat olleensa voittopuolisesti tyytyväisiä toimintaan. Pienryhmissä käsitellyt teemat olivat alussa yleisiä ja myös lääkehuollon ulkopuolelle jääviä. Myöhemmin lääketeemat yleistyivät. Ryhmien dokumentaatiosta ei ilmene, missä määrin sovittiin lääkkeenmääräämiskäytäntöjen muuttamisesta, eikä niistä voida vetää johtopäätöksiä mahdollisista tuloksista. Haastattelujen perusteella on kuitenkin arvioitavissa, että asenteiden muokkaamista on tapahtunut (”mahdolliset muutokset ovat jääneet hautumaan ...”).

Pienryhmiä kannustettiin itseohjautuvuuteen, mikä oli omiaan lisäämään sitoutumista ryhmätoimintaan. Projektin edetessä yhdyshenkilöt muovasivat työskentelytapoja henkilökohtaisten mieltymysten ja kokemusten mukaisesti. Myönteisiä kokemuksia saatiin konkreettisten tapausten käsittelystä sekä tunnustetun asiantuntijan välittämästä tiedosta ja antamasta palautteesta. Turvalliseksi koettu ryhmä mahdollisti oman

toimintansa kriittisenkin tarkastelun. Työskentely moniammatillisessa ryhmässä ohjasi käsittelemään hoitokäytäntöjä laajemmin.

Arviointiryhmä suosittelee, että pienryhmätoiminta kytketään kiinteästi alueelliseen koulutusorganisaatioon, jota ylläpitää esimerkiksi sairaanhoitopiiri alueen terveystalouden kanssa. Pienryhmien vetäjiä tulisi kannustaa tietoisesti ”toimintamallin” kirjallistamiseen, mikä helpottaisi itsearviointia ja koulutuksen kehittämistä. Pienryhmätoiminnassa tulisi keskittyä omien potilastapausten ja lääkkeenmääräämiskäytäntöjä koskevan palauteaineiston käsittelyyn. Vetäjien tukeen tulee kiinnittää riittävästi huomiota.

Terveystalouden kanssa järjestettyjä päivänmittaisia paikallisia koulutuspäiviä kutsuttiin Rohto –pajoiksi. Niissä käsiteltiin lääkehoitoaiheita sekä projektin että paikallisten asiantuntijoiden esittämällä tietoiskuilla ja analysoimalla lääkkeenmääräämistilastoja.

Rohto –pajoja arvioitiin kyselyjen avulla. Työskentelymuotoa pidettiin onnistuneena ja monet toivoivat lisää vastaavan tyyppistä koulutusta. Osana Rohto –pajoja käytettiin hyväksi alueellisia lääkekulutustilastoja pohdinnan ja muutoksen stimuloijana, mikä kirjallisuuden perusteella voidaan otaksua olevan tehokas tapa vaikuttaa lääkäreiden toimintatapoihin.

Arviointiryhmän näkemyksen mukaan Rohto –pajat lisäsivät projektin tunnettuutta ja paikallistason yhteistyötä. Syntyneitä myönteistä asennetta tulee aktiivisesti vahvistaa. Selkeä keskittyminen hyvin rajattuihin lääkehoitoteemoihin parantaa tilaisuuksien vaikuttavuutta. Paikallisia mielipidejohtajia tulisi entistä tiiviimmin kytkeä mukaan järjestelyihin.

Rohto –projekti pyrki myös valtakunnalliseen näkyvyyteen. Tiedotus oli aktiivista ja projektipääallikkö esiintyi lähes kaikissa valtakunnallisissa ja alueellisissa lääkäreiden täydennyskoulutustilaisuuksissa. Lisäksi kannustettiin farmakologian opettajia sisällyttämään rationaalista lääkkeenmääräämiskäytäntöjä koskevan aineksen sisällyttämistä lääkäreiden peruskoulutukseen sekä tutkittiin sairaaloiden peruslääkevalikoimien vaikutuksia perusterveydenhuoltoon.

Rohto –projektin voimavarat olivat niukat kunnianhimoisiin tavoitteisiin nähden. Pahimmaksi rajoittavaksi tekijäksi muodostui asiantuntijoiden ja alueellisten yhdyshenkilöiden saatavuus. Projektioorganisaatiota vahvisti sen seurantar ryhmän jäsenten aktiivinen työskentely ja osallistuminen toiminnan ideointiin ja suunnitteluun. Tällöin tapahtui kuitenkin roolien hämärtymistä, mistä syystä projektin järjestelmällinen valvonta jäi vähäiseksi. Arviointiryhmän johtopäätöksenä oli, että Rohto –ohjelma olisi hyötynyt selkeämmästä projektityöskentelystä ja tiiviimmästä yhteistyöstä terveystalouden ja sairaanhoitopiirien kanssa.

Eräs hankkeen keskeisistä tuloksista oli taustayhteisöjen tiivistynyt yhteistyö ja yksimielinen näkemys siitä, että toiminnan tulee jatkua varsinaisen projektivaiheen jälkeen. Projektin toiminta on ollut näkyvää ja tunnettuus lääkäreiden keskuudessa on oletettavasti suuri. Alueellinen ja paikallinen toiminta osoittautui haasteelliseksi, eivätkä kaikki laajuutta ja jatkuvuutta koskeneet tavoitteet toteutuneet sen osalta .

Projektipäällikön ja projektin käyttämien asiantuntijoiden muodostama ”iskuryhmä-toiminta” (Rohto –pajat) sai hyvän vastaanoton.

Arviointiryhmän tekemät havainnot ja niiden tulkitseminen lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttamista koskevan kirjallisuuden avulla ovat kiteytettävissä toteamukseen ”kokonaisvaltaisen lääkkeenmääräämiskäytäntöihin suunnatun strategian” tärkeydestä. Sen osana tulisi olla lääkäreiden kannustaminen oman toiminnan arviointiin ja muuttamiseen, lääkkeen määräämistä koskevien viranomaisohjeiden tarkistaminen, taloudellisten palkitsemiskeinojen käyttöönotto, lääkekustannusten korvausjärjestelmän muuttaminen ja lääkekustannusten rahoitusvastuun uudelleen-suuntaaminen.

Lääkäreiden toimintakäytäntöjen muuttaminen tapahtuu todennäköisimmin, mikäli se tapahtuu lääkärin omaa toimintaa arvioimalla. Omien potilastapausten käsittelyn lisäksi on tärkeää, että käytettävissä on lääkemääräyksiä koskeva lääkärikohtainen palautetieto ja vertailumahdollisuus paikalliseen, alueelliseen ja valtakunnalliseen käytäntöön. Kansaneläkelaitoksen reseptuuritietokannan hyödyntäminen tältä osin on ensiarvoisen tärkeää. Kirjallisuuden perusteella on myös otaksuttavissa, että lääkärin työtä helpottavien päätöksentekoa ja lääkemääräyksen kirjoittamista tukevien tietojärjestelmien rakentamista tulisi edistää valtakunnallisin toimenpitein.

Arviointiryhmä esittää, että rationaalista lääkehoitoa koskeva koulutustoiminta kytetään osaksi alueellisesti järjestettävää täydennyskoulutusta. Se hyödyntäisi mahdollisimman tehokkaasti yksilökohtaisia palautetietoja ja käsittelisi osallistujien omia potilastapauksia. Sairaanhoidopiirien ja terveyskeskusten johdon antama aktiivinen tuki on välttämätöntä, koska osallistuminen koulutukseen on tehtävä mahdolliseksi ennen kaikkea joustavin työaikajärjestelyin, joilla ei ole kielteisiä taloudellisia vaikutuksia osallistujille. Koulutukseen tulisi kytkeä ne erikoisalojen asiantuntijat, jotka ovat koulutuksen piirissä olevien perusterveydenhuollon ammattihenkilöiden luonnollisia yhteistyökumppaneita. Alueellisia ja paikallisia koulutusryhmiä varten tarvitaan paikallisia ”vertaisohjaajia”, joille on järjestettävä riittävä ohjaajakoulutus ja tuki.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

TAULUKOT

Taulukko 1. Lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttavat tekijät ja niihin kohdistuvat interventiomahdollisuudet (Tamblyn ja Battista 1993).....27

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

KUVAT

Kuva 1. Kolbin kokemuksellisen oppimisen kehä mukaeltuna.....31

[illegible]

JOHDANTO

Rohto (Rationaalinen lääkehoito) -projekti on sosiaali- ja terveysministeriön, Kansaneläkelaitoksen, lääkärijärjestöjen, Suomen Kuntaliiton, Lääkelaitoksen ja opetusministeriön käynnistämä hanke.

Projektin taustalla ovat havaitut epäkohdat suomalaisessa lääkehoidossa. Projektisuunnitelman mukaan ongelmia ovat mm. vaikuttavuudeltaan kyseenalaisten hoitojen määrääminen, edullisten rinnakkaisvalmisteiden niukka käyttö, reseptien uusimiskäytäntöön liittyvät epäkohdat, lääkkeiden tehoa lisäävien muiden hoitokeinojen puutteellinen toteutuminen, kroonisen kivun hoidon vähäisyys, ikääntyvien monilääkitykseen liittyvät ongelmat, potilaiden laiminlyömät pitkäaikaissäädökset sekä lääkkeettömien hoitovaihtoehtojen niukka hyödyntäminen.

Lääkekustannukset ovat voimakkaassa kasvussa, ja odotettavissa on entistä suurempi kasvu uusien, aikaisempaa kalliimpien lääkkeiden syrjäyttäessä vanhoja ja edullisempia, väestön vanhetessa ja lääkehoidon vallatessa uusia käyttöalueita.

Rohto –projekti käynnistyi 1998 ja sen ensimmäisessä toimintaohjelmassa (hyväksytty johtoryhmässä 24.11.1999) projektin tavoitteet määriteltiin seuraavasti:

Rohto –projektin päämääränä on entistä rationaalisempi lääkehoito.

Tavoitteena on

- kehittää lääkehoitoa sen hyödyllisyyttä ja kokonaistaloudellisuutta osoittavan tiedon mukaiseksi
- kannustaa lääkäreitä arvioimaan omia hoito- ja toimintakäytäntöjään sekä tarvittaessa muuttamaan niitä hoidon tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaaliseen suuntaan
- tuottaa ja välittää hoitokäytäntöjen arvioinnissa tarvittavaa tietoa sekä tukea ko. tiedon tuottamista
- kehittää toiminnan rakenteita siten, että ne mahdollistavat muidenkin, rationaalista hoitoa tukevien ohjelmien ja toimenpiteiden sekä täydennyskoulutuksen jatkamisen projektivaiheen jälkeen.

Hanke on tähdännyt lääkehoitokäytäntöjen kehittämiseen ”koulutuksellisin ja kannustavin keinoin hoitojen hyödyllisyyttä ja tarkoituksenmukaista kokonaistaloudellisuutta osoittavan tutkimustiedon mukaisiksi” (Rohto –toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 1999). Tarkoituksena on siis ollut parantaa lääkehoidon laatua sekä kehittää täydennyskoulutuksen ja tiedotusjärjestelmän malleja. Hankkeen eräs peruslähtökohta oli, että valmius toimintakäytännön muuttamiseen vaatii tiedon jakamisen lisäksi omaehtoista toimintaa, joka perustuu itse koettuihin ongelmiin tai kehittämistarpeisiin. ”Valmista” toimintamallia ei siten ollut tai sellaista ei voitu soveltaa. Rohto -

projekti on ollut luonteeltaan *kehittämishanke*. Projektin edetessä sen tavoitteet ja toimintamuodot ovat saatujen kokemusten ja ideoiden myötä muuttuneet.

Ohjelman pääasiallinen kohderyhmä oli vuoden 1999 toimintasuunnitelman mukaan lääkkeitä määräävät lääkärit ja lääkäriyhmät. Soveltuvin osin ohjelmaan saattoivat osallistua myös muu terveydenhuoltohenkilöstö sekä apteekkihenkilökunta. Syksyn 2000 täsmennetyssä toimintasuunnitelmassa tärkeimmäksi hankkeen kohderyhmäksi määriteltiin perusterveydenhuollon lääkärit. Tämä rajausta toistettiin vuoden 2001 toimintasuunnitelmassa ja uudestaan ”Rohto – rationaalisen lääkehoidon tukeminen vuoden 2001 jälkeen” otsikoidussa suunnitelmassa.

Vuoden 1999 toimintasuunnitelman mukaan Rohto –projektin painopistealueita olivat käytöltään ja kustannusvaikutuksiltaan suurimmat lääkeryhmät, lähitulevaisuuden keskeiset kansanterveysongelmat sekä sellaiset hoidot, joissa on havaittavissa perusteetonta lääkehoidon laadun vaihtelua. Näistä esitettiin yhteensä kahdeksan esimerkkiä. Vuoden 2000 toimintasuunnitelmassa mainittiin tärkeimmäksi painopistealueeksi hankkeeseen osallistuvien ammatillisten kehittymistarpeiden huomioonottaminen. Lisäksi painotettiin perusterveydenhuollon lääkäreiden motivointia henkilökohtaisen perustellun lääkevalikon luomiseen sekä lääkemarkkinoinnin ”sudenkuoppiin” paneutumiseen. Vuoden 2001 painopistealueina olivat pelkistetysti paikallisen koulutustoiminnan vahvistaminen, ns. Rohto –pajojen edelleen kehittäminen ja lääkeinformaatiota tarjoavan organisaation suunnittelu.

Myös toimintamuodot ovat hankkeen aikana muuttuneet. Vuoden 1999 toimintaohjelmassa korostui alueellinen ja paikallinen toiminta, eli alueellisten ja paikallisten lääkäriyhmien säännöllisten kokoontumisten käynnistäminen. Valtakunnallisissa toimissa korostui alueellisen toiminnan tuki eli alueellisten yhdyshenkilöiden koulutus. Lisäksi suunniteltiin lääkäriyhmien toimintaa kuvaavan tiedon tuottamista. Vuonna 2000 ryhdyttiin lisäksi laatimaan lääkäriyhmien käyttöön koulutusmateriaalia. Tiedotustoiminta kasvoi merkittävästi ja uutena toimintamuotona ryhdyttiin järjestämään yhteistyössä terveyskeskusten kanssa paikallisia puolen päivän mittaisia seminaareja, joihin osallistui lääkehoidon asiantuntijoita (Rohto –pajat). Sen sijaan alueellisen toiminnan kasvattaminen osoittautui mahdottomaksi. Vuonna 2001 jatkettiin menestyksellistä Rohto –pajatoimintaa, kannustettiin toimivia alueellisia koulutusryhmiä jatkamaan työskentelyä sekä suunniteltiin toiminnan jatkamista varsinaisen projektikauden päättymisen jälkeen.

Kehittämishankkeeseen ei voida soveltaa *ohjelma-arvioinnin* periaatteita ja menetelmiä (Rossi ja Freeman 1982). Toimintaohjelmalla on määritellyt tavoitteet, selkeät toteuttamiseen liittyvät vastuusuhteet ja kiinteä aikataulu. Toimintaohjelman arvioinnissa keskitytään ohjelman vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen. Arviointi tapahtuu ohjelman toteutusta seuraamalla, päätöksiä arvioimalla ja tuloksia mitataalla. Arvioinnin haasteena on toimintaohjelman tavoitteiden, toimintamuotojen ja tulosten välisen arviointimallin luominen pätevien vaikuttavuutta koskevien johtopäätösten mahdollistamiseksi.

Kehittämishankkeen arvioinnissa painottuu Rossin ja Freemanin (1982) mukaan tarkastelun kohteena olevan ”innovatiivisen ohjelman” *käsitteellistäminen*. Tällä tarkoitetaan hankkeen kohteena olevien ongelmien hahmottamista, tavoitteiden määrittelyä ja operationalisointia, kohderyhmien tunnistamista sekä toimintamuotojen

kuvaamista. Arvioinnin käytännön toteutuksessa korostuu hankkeen toteutuksen seuranta ja arviointi on luonteeltaan formatiivista eli toteutusta ja sen muuttamista palvelevaa jatkuvaa seurantatietojen tuottamista.

Rohto –projektin arviointi on alkuperäisen arviointisuunnitelman mukaisesti toteutettu etupäässä formatiivisena evaluaationa. Alunperin tärkeimmäksi toimintamuodoksi määriteltyä alueellista pienryhmätoimintaa varten luotiin monimuotoinen seuranta, jota täydennettiin avainhenkilöihin kohdistetuilla haastatteluilla ja kyselyillä. Uusia toimintamuotoja on seurattu systemaattisesti. Hankkeen toteutusta on seurattu suunnitelma-, raportti- ja pöytäkirja-aineistoa analysoimalla sekä henkilöhaastatteluin. Ensimmäisenä toimintavuotena havainnot raporttoitiin etupäässä suppealle projektipäällikön tueksi muodostetulle ryhmälle. Myöhemmin raportointi sai toimeksiantajana toimivan sosiaali- ja terveysministeriön edustajan toivomuksesta muodollisemmat puitteet siten, että kolmasti vuodessa laaditut väliraportit toimitettiin toimeksiantajalle sekä projektin johto- ja seurantaryhmille. Samoin toimeksiantajan toivomuksesta väliraportteihin lisättiin arviointiryhmän asiantuntijakannanotot ja suositukset.

Rohto –projektin arvioinnin loppuraportti on jäsennelty kehittämishankkeen formatiivisen evaluoinnin periaatteiden mukaisesti. Rohto –projektin pääasiallista kohdetta – lääkärien lääkkeenmääräämiskäytäntöön vaikuttamista – tarkastellaan laajemmasta näkökulmasta, eli kiinnittäen huomiota siihen miten professionaalisten asiantuntijoiden toimintakäytännöt muovautuvat ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Sen jälkeen esitetään arviointitutkimuksen teoreettinen perusta, arvioinnin järjestäminen ja toteutus sekä esitellään käytettyjä menetelmiä ja aineistoja. Seuraavaksi kuvataan Rohto – hankkeen toteutusta painottaen projektin organisointia. Lopuksi esitetään yksityiskohtaiset arviointitulokset projektin eri toimintamuodoista ja niiden perusteella tehtävät päätelmät ja suositukset.

ASiantuntijan Toimintakäytäntöihin Vaikuttaminen – Havainnot Kirjallisuudesta

Lääkäri asiantuntijana

”Eksperttiyttä ei nähdä pysyvänä ominaisuutena, joka on kerran saavutettu koulutuksen ja työkokemuksen kautta, vaan se liitetään pikemminkin toimintatapaan: asiantuntijuus on jatkuvaa itsereflektiota ja oppimista eri tilanteissa.” (Tynjälä 1999)

Asiantuntijan toimintaympäristöä luonnehtivat yleisesti kompleksisuus, epävarmuus, muuttuvuus, ainutkertaisuus ja arvokonfliktit. Keskeistä asiantuntijan toiminnalle on, että hän määrittää tavallisesti itse jatkuvasti toimintaansa ja tehtäviään. (Järvinen-Taubert 1999).

Kirjallisuudessa tehdään ero rutinoituneen ammatinharjoittajan ja asiantuntijan välillä. Rutinoitunut ammatinharjoittaja pystyy käyttämään laajaa tieto- ja kokemusvarastoaan työssään niin tehokkaasti, että todellisia ongelmatilanteita tulee eteen harvoin. Tällöin hän käyttää tilanteeseen parhaiten soveltuvaa valmista ratkaisumallia. Todellinen asiantuntija sen sijaan pyrkii jatkuvasti laajentamaan osaamistaan. Kohdattaessa epätyypillisen tilanteen hän muotoilee ongelman siten, että sen ratkaiseminen edellyttää uusien tietojen ja taitojen omaksumista. (Bereiter ja Scardamalia 1993)

Eksperin ja asiantuntijan tieto koostuu useista eri tyyppistä tiedon osa-alueista (Tynjälä 1999). Muodollinen (deklaratiivinen) tieto eli ns. kirjatieto on pohjana asiantuntijuuden kehittymiselle. Deklaratiivinen tieto koostuu propositionaalisista teorioista, väittämistä ja tosiasialauseista (Järvinen, Koivisto ja Poikela 2000). Tämä tieto on puettavissa eksplisiittiseen muotoon. Deklaratiivinen tieto on ns. ”mitä” –tietoa, kun proseduraalisella tiedolla puolestaan viitataan ns. ”miten” –tietoon.

Toinen keskeinen asiantuntijan tiedon muoto on käytännöllinen tieto, joka omaksutaan kokemuksen ja reflektion kautta. Tämä tieto on luonteeltaan implisiittistä, eli asiantuntijan ei tarvitse tietoisesti pohtia toimintansa ja ratkaisujensa teoreettista taustaa, vaan hän kykenee etenemään ongelmien ratkaisussa ’intuitiivisesti’. Implisiittistä tietoa on hyvin vaikeaa (jos ei mahdotonta) selittää sanallisesti, ja puhutaankin äänettömästä tai hiljaisesta tiedosta (tacit knowledge). Käytännöllinen tieto kehittyy pitkällisen harjaantumisen tuloksena ja näkyy taitavana, intuitionaalisenä, sujuvana toimintana. Tämä tiedon laji on voimakkaasti konteksti- eli tilannesidonnaista.

Kolmas asiantuntijan tiedon laji on itsesäätelytieto, jolla tarkoitetaan metakognitiivisia ja reflektiivisiä tietoja ja taitoja. Nämä taidot ovat edellytyksenä oman työn ja työyhteisön toiminnan tietoiselle kriittiselle tarkastelulle.

Teoria ja käytäntö kuvaavat yksilön ulkopuolista maailmaa, kun kokemus puolestaan kuvaa yksilön sisäistä todellisuutta. Käytännöllisen ja teoreettisen tiedon vastakkain asettamisen sijaan voidaan tilannetta tarkastella triangulaatioasetelmana, jossa koke

mus integroi käytäntöä ja teoriaa. Kokemustietoa tuotetaan integroimalla teoriaa ja käytäntöä omassa toiminnassa. Kokemustieto on hyvin pysyvää verrattuna pelkkään muistitietoon tai ilman käsitteellistä ymmärrystä hankittuihin elämyksiin. (Järvinen, Koivisto ja Poikela 2000)

Asiantuntijuuden keskeiset piirteet voidaan Glaserin (1999) mukaan tiivistää seuraavasti:

- 1) Asiantuntemus on hyvin spesifistä ja pohjautuu alaan liittyvään erityisosaamiseen eikä näin ollen ole yleistettävissä muille alueille.
- 2) Asiantuntijat käsittelevät tietoa laajoina, merkityksellisinä kokonaisuuksina. Tähän perustuu ”hahmon tunnistus” (pattern recognition), joka tapahtuu hyvin nopeasti, intuition omaisesti.
- 3) Asiantuntija käyttää ongelmanratkaisussa joko selektiivistä muistitietoa tai yleisiä ongelmanratkaisustrategioita tilanteesta riippuen. Ongelmanratkaisun tehokkuus perustuu tapaan, jolla heidän tietorakenteensa on strukturoitu.
- 4) Asiantuntijatieto on suurelta osalta proseduraalista ja tavoiteorientoitunutta. Vaikka noviisit voivat muistaa yksittäisiä tietoja yhtä hyvin kuin asiantuntijat (esim. monivalintatestit), nopea syy-seuraus –suhteiden hahmottaminen erottaa asiantuntijan noviisista.
- 5) Asiantuntijatieto mahdollistaa itsesäätelyprosessien (oman toiminnan tarkastelu ja arviointi) tehokkaan käytön.
- 6) Asiantuntijan osaaminen voi olla rutiininomaista tai adaptiivista eli tilanteisiin mukautuvaa.

Regehr ja Norman (1996) ovat katsauksessaan tarkastelleet lääkärin asiantuntijuutta kognitiivisen psykologian näkökulmasta. He nostavat esiin viisi asiantuntijuuden erityispiirrettä, jotka tulisi huomioida lääkärikoulutuksessa:

1) Muistitiedon rakenne

Asiantuntijuuden kehittymiseen liittyy olennaisesti monipuolisten semanttisten verkostojen (muistirakenteiden) muodostuminen. Uusi tieto on käyttökelpoista myöhemmin vain jos se integroidaan olemassa oleviin muistirakenteisiin jo oppimistilanteessa.

2) Tiedon mieleen palauttamiseen liittyvät tekijät

Muistiin painamisen kannalta on keskeistä opittavan asian mielekkyys ja merkitys oppijan kannalta. Toinen mieleen palauttamiseen merkittävästi vaikuttava tekijä on oppimisympäristön samankaltaisuus sen tilanteen kanssa, missä opittavaa tietoa myöhemmin tarvitaan. Lisäksi asiantuntijatiedon kehittyminen vaatii harjoitusta: mitä useammin tieto palautetaan mieleen pitkäaikaisesta muistista, sitä tehokkaammaksi tämä toiminta muodostuu. Tiedon pitkäaikainenkaan käsittely ns. työmuistissa ei edesauta mieleen palauttamista yhtä tehokkaasti.

3) Ongelmanratkaisukyky

Asiantuntijatietoon sisältyy laaja valikoima ongelmatilanteita ja niihin soveltuvia ratkaisumalleja – usein ”ongelmanratkaisu” ei vaadi muuta kuin valmiin tietovarastossa olevan ratkaisun soveltamista. Asiantuntija kykenee myös käyttämään analogioita ongelmanratkaisuprosessissa noviiseja tehokkaammin. Tämä perustuu siihen, että noviisin kiinnittäessä huomiota ongelman pinnallisiin tai ulkoisiin

piirteisiin asiantuntija kykenee näkemään ”ongelman ytimen” eli analysoimaan ongelmaa syvällisemmällä tasolla.

4) ”Hahmon tunnistus” eli pattern recognition

Lääketieteen asiantuntijaksi kehittymisessä on olennaista oppia määrittämään oireiden ja löydösten perusteella oikea diagnoosi ja asianmukainen hoito. Lääketieteen koulutuksessa tähän on perinteisesti pyritty esittelemällä opiskelijoille ”tyyppitapauksia” eri sairausryhmistä ja variaatioihin on kiinnitetty huomattavasti vähemmän huomiota. Käytännössä asiantuntija harvoin kuitenkaan nojautuu potilaita kohdatessaan ”oppikirjatietoon” vaan hänet johtaa oikeille jäljille potilastapauksen samankaltaisuus hänen aikaisemmin kohtaamiensa potilaiden kanssa – jotka edustavat sairauksien ilmenemisen variaatioita tyyppitapausten sijaan.

5) Päätöksenteko

Lääkärin päätöksentekoon vaikuttaa voimakkaasti yhdestäkin potilastapauksesta saatu ”elävä esimerkki” esimerkiksi hoidon tehosta tai haittavaikutuksista. Tämä yksittäistapauksen vaikutus tuleviin päätöksentekotilanteisiin muodostaa harhan, josta lääkäreiden tulisi olla tietoisia voidakseen välttää sitä.

Lääkäreiden täydennyskoulutuksessa ja erityisesti jatkuvassa ammatillisessa kehittämisessä keskeisessä roolissa on oman käsitemaailman ja oman toiminnan perusteiden arviointi. Schönin (1983) mukaan voidaan puhua yksikehäisestä (single-loop learning) ja kaksikehäisestä oppimisesta (double-loop learning). Yksikehäisessä oppimisessa omaa toimintaa reflektoidaan toiminnan aikana tehden tarvittavia korjauksia ja muutoksia toiminnassa (reflection-in-action). Toiminnan aikana tapahtuva reflektointi on olennaista, koska se mahdollistaa reflektion jälkikäteen. Kaksikehäisessä oppimisessä keskeistä on niiden taustaolettamusten ja –teorioiden tarkastelu, joiden varassa toimitaan. Kaksikehäinen oppiminen tapahtuu tarkastelemalla toimintaa jälkikäteen pyrkien hahmottamaan todellisia, monesti näkymättömiä toiminnan teorioita (reflection-on-action).

Lääkärin toimintakäytäntöihin vaikuttavat tekijät

Tamblynin ja Battistan (1993) mukaan lääkärin toimintakäytäntöjen muotoutumiseen vaikuttavat altistavat (predisposing), mahdollistavat (enabling) ja vahvistavat (reinforcing) tekijät (taulukko 1). Perinteisesti lääkäreiden toimintaan on pyritty vaikuttamaan tietoihin ja taitoihin (kompetenssi) kohdistuvalla täydennyskoulutuksella. Mahdollistavat ja vahvistavat tekijät saattavat kuitenkin olla tärkeämpiä tekijöitä lääkärin toimintakäytäntöjen kannalta kuin altistavat tekijät (Tamblyn ja Battista 1993).

Taulukko 1. Lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttavat tekijät ja niihin kohdistuvat interventiomahdollisuudet (Tamblyn ja Battista 1993)

	Altistavat tekijät	Mahdollistavat tekijät	Vahvistavat tekijät
MÄÄRITTÄVÄT TEKIJÄT	kompetenssi	olosuhteisiin (työjärjestelyihin) liittyvät tekijät	taloudelliset tekijät
	sosiodemografiset tekijät	potilasaines	korvauskäytännöt
INTERVENTIOT	tietoihin vaikuttaminen	työjärjestelyihin kohdistuvat interventiot	korvauskäytäntöihin vaikuttaminen
	taitoihin vaikuttaminen	standardit ja palaute	
		hallinnolliset interventiot	

Interventioissa on usein kiinnitetty hyvin vähän huomiota siihen, kuinka lääkäreiden asenteet vaikuttavat toimintakäytäntöihin (Geissinger ym. 1993), vaikka tämä todennäköisesti on merkittävä tekijä toimintakäytäntöjen muototutumisessa ja muutoksessa. Puhtaasti koulutuksellisella interventiolla on joissakin tutkimuksissa todettu kuitenkin olevan hyvin vähäinen vaikutus asenteisiin (Cherkin ym. 1991).

Tarkasteltaessa variaatiota yksittäisen lääkärin toimintakäytännöissä on esitetty, että keskeinen tekijä toimintakäytäntöjen muovautumisessa on lääkärin valmius kestää epävarmuutta (Bloor, Venters ja Samphier 1978b). Epävarmuus on olennainen osa lääkärin työtä, ja sitä pyritään vähentämään punnitsemalla sekä sairauden että hoidon potilaalle mahdollisesti aiheuttamaa haittaa (Harris 1990).

Lääkärit rakentavat toimintaansa rutiineja, jotka helpottavat epävarmuuden kanssa toimimista. Kollegoilla on hyvin suuri merkitys näiden rutiinien muotoutumiseen. Rutiinit muotoutuvat hyvin epämuodollisella ja epäspesifillä tavalla: paikalliset normit ovat yleensä voimakkaampia vaikuttimia toimintakäytäntöjen muotoutumisessa kuin 'ulkoiset' standardit (Gleicher 1980, Harrisin 1990 raportoina). Lisäksi toimintakäytäntöjen variaatioihin vaikuttavat henkilökohtaiset indikaatiot toiminnalle ja lääkärin henkilökohtainen sairauskäsitys (Bloor, Venters ja Samphier 1978b).

Lääkärin työn yhteydessä eri lähteistä saama palaute vähentää suuria variaatioita toimintakäytännöissä. Esimerkiksi yleislääkäreiden lähetekäytäntöön vaikuttaa todennäköisesti huomattavasti se, minkälaista palautetta hän potilaan tutkineelta ja mahdollisesti hoitaneelta erikoislääkäriltä saa (Bloor, Venters ja Samphier 1978a). Etenkin sellaiset lääkärit, jotka lähettävät potilaita huomattavasti kollegoitaan useammin erikoislääkärille muuttavat todennäköisesti palautteen myötä toimintaansa samansuuntaiseksi kuin kollegojen käytäntönä on. Toisessa toimintakäytäntöjen ääripäässä, eli tilanteessa jossa läheteitä erikoislääkärille kirjoitetaan huomattavasti kollegoja vähemmän, asetelma on monimutkaisempi. Sellaiset potilastapaukset, jotka olisi pitänyt lähettää ajoissa erikoislääkärille jatkotutkimuksiin ja hoitoon tulevat ilmi lähinnä sairauden tai oireiden pitkittymisen ja mahdollisten vakavien komplikaatioiden muodossa.

Toimintakäytäntöjen muutos

Useimmat toimintakäytäntöjen muutokset ovat seurausta usean eri tekijän vaikutuksesta (Oxman ym. 1995). Laadullisessa tutkimuksessa, jossa analysoitiin yleislääkäreiden toimintakäytäntöjen muutoksia, todettiin että yleislääkäreillä yleisimpiä muutoksiin vaikuttavia tekijöitä olivat ammatilliset lehdet ja täydennyskoulutustapahtumat (Allery, Owen ja Robling 1997). Erikoislääkäreillä toimintakäytäntöjen muutokseen useimmin vaikuttavia seikkoja olivat tieteelliset kokoukset ja julkaisut.

Muutosprosessissa uusi tieto on välttämätön muttei riittävä edellytys muutoksen toteutukselle. Oma motivaatio ja kommunikointi kollegojen kanssa ovat keskeisessä roolissa (Geertsma, Parker ja Whitbourne 1982).

Yleislääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöjen muutoksia selvittäneessä tutkimuksessa (Armstrong, Reyburn ja Jones 1996) löydettiin kolme mallia, joiden pohjalta muutokset tapahtuvat:

- 1) *kasvava muutostarve*
Keskeinen tekijä oli lukemisen tai muiden tiedonvälityskanavien kautta tapahtuva tietoisuuden kasvaminen tietyn muutoksen tarpeellisuudesta. Suurin osa muutoksista tapahtui vähitellen tämän mallin pohjalta.
- 2) *muutos haasteena*
Äkilliset, haastavat tilanteet (esimerkiksi lääkehoidon vakavat haittavaikutukset) tai muutokset työssä johtivat joihinkin nopeisiin toimintakäytännön muutoksiin.
- 3) *jatkuvan muutoksen malli*
Joillakin tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä muutos tapahtui olemassa olevan muutosvalmiuden pohjalta – uusi tieto voi nopeastikin aikaansaada muutoksia toimintakäytännöissä, jos lääkrillä oli valmiiksi koettu muutostarve jollain toimintansa osa-alueella.

Toimintakäytäntöjen muutosprosessia voidaan suunnata ja tukea sen eri vaiheissa. Tässä yhteydessä muutosprosessia tarkastellaan Geertsman, Parkerin ja Whitbournen (1982) kuvaaman kolmivaiheisen mallin pohjalta:

- 1) *Muutoksen pohjustaminen (priming)*: aluksi herää tyytymättömyys johonkin toiminnan osa-alueeseen. Herätteenä voivat toimia esimerkiksi kollegat tai ammatilliset julkaisut. Tämän vaiheen seurauksena herää muutostarve.
- 2) *Muutoksen kohdentaminen (focusing)*: tässä vaiheessa lääkäri tulee tietoiseksi vaihtoehtoisista toimintamalleista. Tietolähteinä voivat toimia esimerkiksi ammatilliset julkaisut, koulutustilaisuudet, kokoukset tai kollegat. Muutosmahdollisuuksia on vielä monia – vain osa niistä valitaan systemaattisemman työskentelyn kohteeksi. Tämän vaiheen seurauksena lääkrillä syntyy muutosvalmius.
- 3) *Muutos käytännössä (follow-up)*: tietoa ja kokemuksia uudesta toimintatavasta hankitaan aktiivisesti. Keskeisessä roolissa ovat paikalliset kollegat, lisäksi tie

donhankinnassa hyödynnetään mm. ammattilehtiä. Vasta tässä vaiheessa tehdään päätös vaihtoehtoisen toimintakäytännön käyttöönotosta tai hylkäämisestä.

Oppimisen näkökulma

Oppimiskäsitysten tietoinen tarkastelu on koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa välttämätöntä, koska ne määrittävät käytäntöihin liittyviä tottumuksia, asenteita ja arvoja (Rauste-von Wright ja von Wright 1994). Näkemys oppimisprosessin luonteesta muuttui voimakkaasti 1900-luvun aikana. Vuosisadan alussa vallalla oli behavioristinen suuntaus, jolla on kolme keskeistä piirrettä (Ruohotie 2000):

- 1) oppiminen ilmenee käyttäytymisen muutoksina
- 2) ympäristö muokkaa käyttäytymistä
- 3) oppimista selitetään ajallisen läheisyyden ja vahvistamisen käsitteillä.

Kognitiivisen oppimispsykologisen suuntauksen voidaan katsoa syntyneen vastapainona behavioristiselle suuntaukselle (Manninen ja Pesonen 2000, Ruohotie 2000). Kognitiivisessa lähestymistavassa erotetaan toisistaan 'mielekäs' oppiminen ja 'ulkoa oppiminen': oppiminen on mielekästä vain jos siihen tarvittavat käsitteet ovat olemassa yksilön kognitiivisissa rakenteissa (Ruohotie 2000). Yksilöllä on skeemoja eli sisäisiä malleja, joiden avulla ja ohjaamana hän jäsentää ulkoista maailmaa. Ne myös vaikuttavat siihen, miten hänen tarkkaavaisuutensa suuntautuu.

Humanistisissa teorioissa oppiminen nähdään henkilökohtaisen kasvun ja itsensä toteuttamisen mahdollisuutena. Rogersin (1983) mukaan oppimisessa on keskeistä

- 1) oppijan affektiivinen ja kognitiivinen sitoutuminen oppimisprosessiin
- 2) opiskelijalähtöisyys
- 3) oppimisen aikaansaamat laaja-alaiset muutokset käytöksessä, asenteissa ja mahdollisesti myös persoonallisuudessa
- 4) oppija itse voi parhaiten arvioida oppimisen tuloksellisuutta
- 5) merkitysten keskeinen rooli oppimisessa.

Sosiaalisen oppimisen suuntaus yhdistää behavioristisia ja kognitivistisiä näkemyksiä oppimisesta (Ruohotie 2000). Keskeinen käsite sosiaalisessa oppimiskäsityksessä on Banduran (1986 ja 1997) kuvaama käsite 'self-efficacy', joka ilmaisee kuinka kompetenteiksi tunnemme itsemme jossakin tietyssä tilanteessa tai toimintaympäristössä. Käyttäytyminen nähdään yksilön ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksen funktiona ja oppiminen nivoutuu voimakkaasti sosiaaliseen kontekstiin (Ruohotie 2000).

Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan oppija rakentaa oman käsitemaailmansa. Oppijan tapa hahmottaa todellisuutta, hänen aikaisemmat tietonsa ja kokemuksensa vaikuttavat siihen, kuinka hän omaksuu uutta tietoa. Oppimisen edellytyksenä on olemassa olevien tietorakenteiden aktivointi ja uuden tiedon liittäminen ja suhteuttaminen aiemmin opittuun. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen on aina tilanne- eli kontekstisidonnaista. Samalla kun opittu tieto tallentuu muistiin, siihen liittyy myös elementtejä siitä ympäristöstä, jossa se on opittu. Nämä oppimisympäristön elementit ovat keskeisessä roolissa opitun tiedon mieleen palauttamisen yhteydessä: tieto on tehokkaimmin palautettavissa mieleen samassa yhtey

dessä kuin missä se on opittu. Opitun tiedon siirtovaikutusta (transfer) voidaan lisätä oppimistilanteessa kiinnittämällä monipuolisesti huomiota kyseisen tiedon tulevaan käyttöön oppijan omassa toiminnassa (prospektiivinen siirtovaikutus) (Rauste-von Wright ja von Wright 1994).

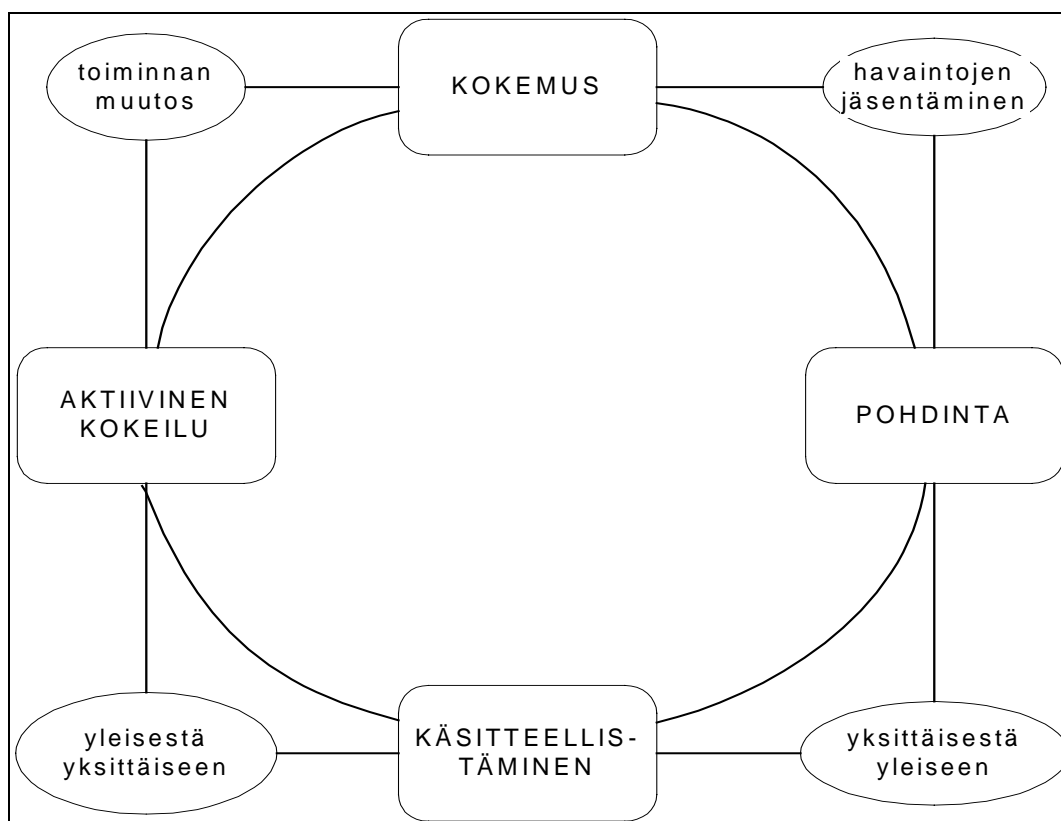
Yhteenvedo oppimisen eri näkökulmista on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Viisi oppimisorientaatiota Merriamin ja Caffarellan (1999) mukaan (Ruohotie 2000)

Tarkastelu- näkökulma	Behavioristi- nen orientaatio	Kognitiivisti- nen näkökulma	Humanisti- nen orientaatio	Sosiaalisen oppimisen orientaatio	Konstruktivisti- nen orientaatio
Näkemyksen oppimis- prosessista	Muutos käyt- tämisenessä	Sisäinen hen- kinen prosessi (sisältäen oivalluksen, informaation prosesoinnin, muistin, ha- vaitsemisen)	Toiminnan kautta sisäiseen tähtäyk- seen	Ihmisten välinen vuorovaikutus ja toisten tarkkailu sosiaalisessa kontekstissa	Merkitysten konstruointi kokemusten pohjalta
Oppimisen ”lokuks”	Ulkoisessa ympäristössä oleva ärsyke	Sisäinen kog- nitiivinen struktuuri	Affektiiviset ja kognitiiv- iset tarpeet	Yksilön, käyt- tämisen ja ympäristön vuorovaikutus	Yksilössä tapahtuva todellisu- uden sisäinen konstruktio
Kasvatuk- sen tehtävä	Tuottaa toivottu käyt- tämisen muutos	Kehittää hen- kistä ka- pasiiteettia ja taitoa oppia	Tulla itseään toteuttavaksi ja autonomi- seksi	Kehittää uusia rooleja ja käyt- tämismalleja	Konstruoida tie- toa
Opettajan rooli	Luoda ym- päristö, joka laukaisee ha- lutun reaktion	Rakentaa sisältö oppimisak- tiiviteetille	Auttaa kokonais- persoonal- lisuuden kehittämistä	Antaa malleja ja ohjata uusien roolien ja käyttäytymis- mallien kehittämistä	Keskustella merkityksistä oppijan kanssa ja auttaa merkitys- skeemojen ra- kentamista
Ilmenemi- nen aikuis- kasvatuk- sessa	Käyttäytymis- tavoitteet Kompetenssi- keskeinen kas- vatus Taidon kehit- tyminen	kognitiivinen kehitys älykkyys, op- piminen ja muisti iän funktiona oppimaan op- piminen	andragogiikka itseohjattu oppiminen	Sosialisaatio Sosiaaliset roolit Mentorointi Kontrolliusko- mukset	kokemuksellinen oppiminen itseohjattu oppi- minen merkitysperspek- tiivin muuttumi- nen reflektion rooli oppimisessa

Kolbin kokemuksellisen oppimisen teoriaa on selitetty sekä humanistisen että konstruktivistisen oppimisen näkökulmista. Kolbin mallissa oppijan kokemus siihen liittyvine tunteineen ja mielikuvineen toimii peruselementtinä (Kolb 1984). Kokemuksen aikana tehtyjä havaintoja jäsennetään ja niiden merkitystä pohditaan. Oman toiminnan ja tilanteen kriittisen reflektion kautta siirrytään yksittäisestä kokemuksesta yleisemmälle tasolle. Tällöin tapahtuvan käsitteellistämisen seurauksena oppiminen ei ole sidoksissa ainoastaan yhteen tilanteeseen, vaan sitä osataan jatkossa soveltaa laajemmin eri tilan-

teissa. Kokemuksen lisääntyessä opittua aktiivisesti soveltamalla saavutetaan yhä parempi ymmärrys toiminnan luonteesta. (kuva 1).



Kuva 1. Kolbin kokemuksellisen oppimisen kehä mukaeltuna

Mezirow on kritisoinut Kolbin mallia reflektion ja toiminnan vastakkainasettelusta: merkityksellisessä oppimisessa keskeistä on ennakko-oletuksiin kohdistuva kriittinen reflektio, ei ainoastaan toimintaprosessin ja sitä ohjaavien mallien reflektio (Mezirow 1996). Argyrisin ja Schönin (1996) mukaan taustaolettamusten muutoksen lisäksi tulisi pyrkiä muuttamaan niitä teorioita, jotka ohjaavat yksilön toimintaa. Taustaolettamuksia ja toimintaprosesseja voidaan muuttaa yksikehäisen oppimisen kautta, jossa reflektio kohdistuu havaittuun toimintaan ja sen taustalla oleviin oletuksiin. Yksilön ilmaisemat toimintaa ohjaavat teorit poikkeavat usein niistä toiminnan teorioista, joiden varassa hän todellisuudessa toimii. Toiminnan teorioiden muutos edellyttää kaksikehäistä oppimista, jossa yksilö tulee tietoiseksi toiminnan teorioistaan.

Aikuisoppiminen

Aikuisen oppimisesta on olemassa useita teorioita, joista tunnetuin on Knowlesin esittämä (taulukko 3). Teoriat ovat perusluonteeltaan yhtenevät, eikä mikään niistä toimi irrallisena ilman taustalla olevaa yleisempää käsitystä oppimisesta. Knowlesin andragogiikkaa käytetään nykyisin peruslähtökohtana nykyään perustana yhä useammassa lääkäreiden täydennyskoulutushankkeessa.

Taulukko 3. Aikuisen oppimisen keskeisimmät elementit Knowlesin (1985) mukaan

Aikuisoppimisen elementit

1. Oppija ohjaa itse oppimistaan
 2. Aikuisilla on aikaisempia kokemuksia, joita jakamalla he voivat olla Merkittävä oppimisen resurssi toisilleen
 3. Aikuiset motivoituvat oppimaan kun he tiedostavat tarpeen oppia jotain mikä auttaa heitä selviytymään aikaisempaa tehokkaammin jokapäiväisistä tehtävistään
 4. Aikuisilla on tehtävä- tai ongelmakeskeinen lähestymistapa oppimiseen
 5. Sisäinen oppimismotivaatio on voimakkaampi kuin ulkoinen
-

Kirjallisuudessa nostetaan usein esiin yksi näistä elementeistä: itseohjattu oppiminen (self-directed learning). Itseohjatulla oppimisella tarkoitetaan (Spencer ja Jordan 1999), että oppija on aloitteellinen

- oppimistarpeiden määrittämisessä
- oppimistavoitteiden asettamisessa
- tietolähteiden identifioinnissa
- opiskelussa
- oppimistulosten arvioinnissa.

Mikäli itseohjattua oppimista pidetään keskeisenä elementtinä täydennyskoulutuksessa, vaihtoehtoisia koulutusmenetelmiä ovat mm. seuraavat (Spencer ja Jordan 1999):

- ongelmalähtöinen oppiminen
- tutkiva oppiminen (discovery learning)
- tehtävlähtöinen oppiminen
- kokemuksellinen oppiminen
- portfolio -pohjainen oppiminen
- pienryhmäpohjainen, itseohjattu projektioppiminen
- vertaisarviointi ja 'oppimissopimus' (contract learning).

Slotnickin teoria aikuisen oppimisesta (Slotnick 1996) sisältää kolme keskeistä tekijää: käytännönläheisyys, aktiivinen osallistuminen ja aikuisen oppimisen 'tehokkuusvaatimus'. Tehokkuudella tarkoitetaan tarvetta kytkeä oppiminen osaksi päivittäistä työtä tai muuta toimintaa, jolloin se ei irrallisena toimintana vaadi liikaa aikaa.

Jakoa pedagogiikkaan ja andragogiikkaan on myös kritisoitu (esim. Pratt 1988). Esimerkiksi Knowlesin andragogiikka tarkastelee aikuisia homogeenisena oppijaryhmänä ja voi johtaa aikuisten koulutuksen käytäntöjen liialliseen yhdenmukaistamiseen.

Yhteisöllinen ja yhteistoiminnallinen oppiminen

Yhteistoiminnallista oppimista on lähestytty hyvin erilaisista näkökulmista ja tutkimustraditioista käsin, mutta keskeisenä piirteenä on jaettujen merkitysten ja yhteisen ymmärryksen rakentaminen vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Lisäksi edellytetään sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin ja jaettuun toiminnan arviointiin. (Rauste- von Wright ja von Wright 1994). Menetelmällisesti yhteistoiminnallista oppimista voidaan toteuttaa monin eri tavoin.

Yhteistoiminnallisessa oppimisessa tulee huomioida tilanteeseen, oppijaan ja opettajaan liittyvät tekijät. Tilanteeseen liittyvistä tekijöistä tavoitteiden relevanssi ja opiskelun tarkoitus vaikuttavat siihen, kuinka itseohjattua opiskelua osallistujat odottavat. Aikuisten kyky ja halukkuus ottaa itseohjatun opiskelun edellyttämä tasa-arvoinen rooli opettajan kanssa vaihtelevat huomattavasti yksilöstä toiseen. Oppimistilanteissa myös yksilöiden aikaisemmat tiedot, kokemus, sitoutuminen opiskeluun ja itseluottamus vaihtelevat. Opettajan ”tehokkuus” riippuu siitä, kuinka hyvin hän kykenee ennakoimaan ja oppimistilanteessa huomioimaan tilanteisiin ja oppijoihin liittyvät tekijät sekä huomioimaan ne oppimistilanteisiin liittyvässä päätöksenteossa. (Pratt 1988)

Työssä oppiminen

Organisaation tehtävänä on luoda edellytyksiä työssä oppimiseen ja ammatilliseen kehittymiseen. Tämä tarkoittaa oppimis- ja kehittämistoiminnan aktiivista ja tavoite-orientoitunutta tukemista, eikä sen pidä rajoittua vain esteiden poistamiseen. Oppiminen työyhteisössä voidaan jaotella tilanne-, toiminta-, kehittämis- ja tavoiteorientoituneeseen oppimiseen (Poikela 1999), joita tarkastellaan seuraavaksi lyhyesti.

Tilanneorientoituneessa oppimisessa kysymys on oppijasta itsestään, hänen tuntemuksistaan ja tavastaan reagoida ongelmatilanteissa. Tämä lähestymistapa muistuttaa yksikehäistä oppimista, ja siihen liittyy oppijan itsensä ja hänen työnsä suojaaminen puolustautumalla ulkoisiksi koettuja muutospyrkimyksiä vastaan.

Toimintaorientoitunut oppiminen kohdistuu sekä toiminnan sisältöön että prosessiin. Toimijat reflektovat toimintaan vaikuttavia tekijöitä, kuten tuntemuksia, havaintoja, arvoja ja käsitteitä. Opittua työstetään aikaisempien merkitysskeemojen pohjalta muuntaen niitä ongelmanratkaisusta saadun kokemuksen ja pohdinnan perusteella.

Kehittämisorientoituneessa oppimisessa huomio kohdistuu toiminnan sisällön ja prosessien lisäksi toiminnan perusteisiin siten, että havaittavien tosiasioiden lisäksi huomioidaan taustalla vaikuttavat tekijät. Oppimisella voi olla kaksi ”suuntaa”: käytännön sovellukset ja kokeilut sekä teoreettisen tiedon hankinta niitä varten. Kehittämisorientoituneessa oppimisessa kyse on itsensä ja asiantuntijuuden kehittämisestä käyttäen hyväksi tutkimus- ja arviointitietoa.

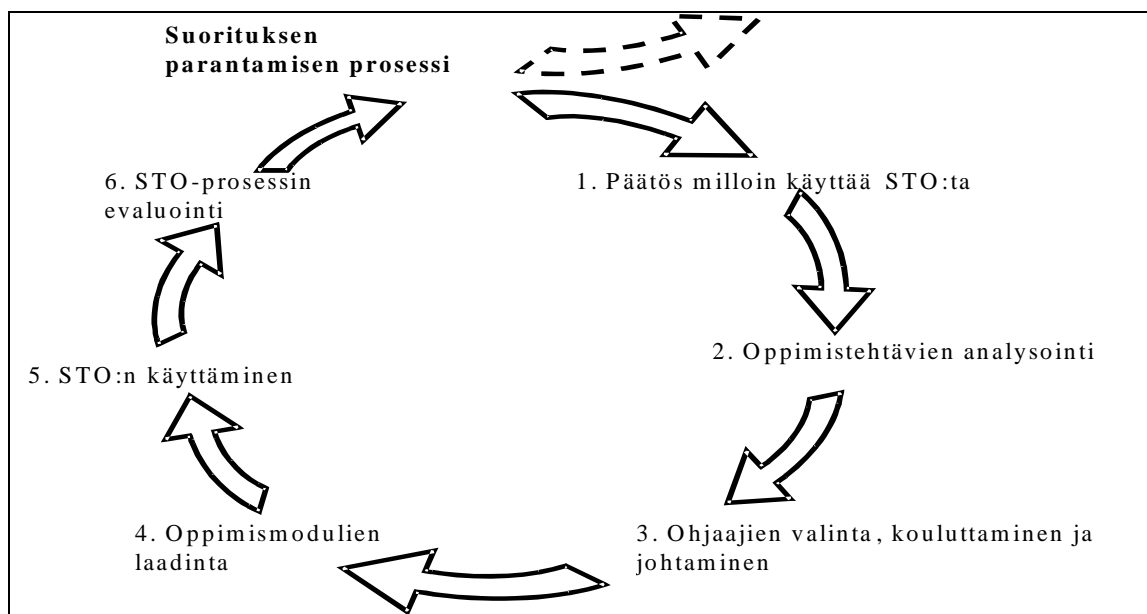
Tavoiteorientoituneessa oppimisessa tavoitteena on muutos. Muutosta tukevan – ja sen mahdollistavan – oppimisen oletetaan tapahtuvan prosessissa luonnostaan.

Poikela (1999) kuvaa Revansin (1982) esittämän kehämäisen mallin toimintaoppimisesta, jossa ”olennaista on tekojen ja toiminnan reflektointi sekä kokemusten jakami

nen muiden oppijoiden kanssa”. Toimintaoppiminen voidaan kuvata viisivaiheisena prosessina:

- 1) ongelman määrittäminen ja havaintojen tekeminen
- 2) hypoteesien ja teorioiden esittäminen
- 3) hypoteesien testaaminen ja ratkaisujen arviointi
- 4) seuranta ja ratkaisujen vakiinnuttaminen
- 5) uusien ongelmien identifiointi.

Järvinen, Koivisto ja Poikela (2000) ovat esittäneet mallin strukturoidusta työssä oppimisesta (STO). Sen tärkeimpänä tavoitteena on parantaa työntekijän asiantunte-
musta, mutta yhtä tärkeänä nähdään oppimisen seurauksena tapahtuvien muutosten
hyöty organisaation kannalta. Mallia voidaan käyttää sekä työyhteisön uusien jäsenten
perehdyttämiseen että kokeneempien tietopohjan laajentamiseen ja ajantasaistami-
seen. Kyseeseen voi tulla työtehtäviin välittömästi liittyvä STO –malli, jossa
työntekijä voi olla vuorollaan kokenempi ohjaaja tai ohjausta saava oppija. STO –
mallia voidaan toteuttaa myös yhdistettynä työpaikan ulkopuolella tapahtuvaan kou-
lutusohjelmaan. Vaikka STO –mallia on kuvattu lähinnä teknisiä valmiuksia kehittä-
vän oppimisen ja pätevoitymisen näkökulmasta, sen perusmalli voi toimia myös
lääkäreiden täydennyskoulutuksen suunnittelun ja toteutuksen pohjana (kuva 2).



Kuva 2. Malli strukturoidusta työssä oppimisesta (Järvinen, Koivisto ja Poikela 2000)

Itseohjattu oppiminen

Aikuis- ja täydennyskoulutuksen piirissä korostetaan elinikäisen oppimisen merkitystä jatkuvana prosessina. Elinikäinen oppiminen aikuisiässä voidaan Tuomiston (1994) mukaan jaotella formaaliseen, ei-formaaliseen, informaaliseen ja satunnaisoppimiseen (taulukko 4).

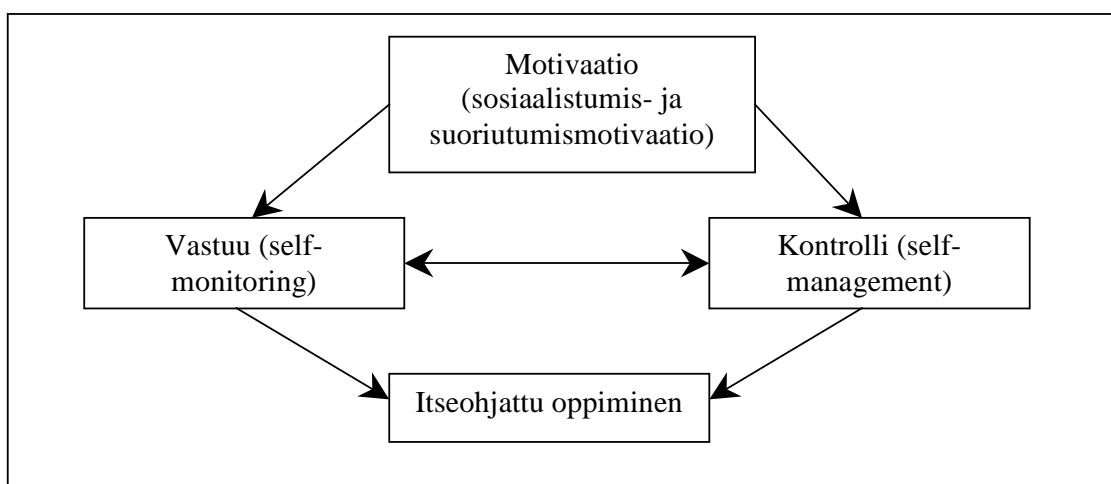
Taulukko 4. Elinikäinen oppiminen (Tuomisto 1994)

Formaalinen	Ei-formaalinen	Informaalinen	Satunnaisoppiminen
Tutkinto- ja kouluopinnot	Aikuisten muut organisoitavat opinnat, esim. - henkilöstökoulutus - täydennyskoulutus	Tavoitteellinen oppiminen (self-directed learning)	Arkipäiväoppiminen
Ammatilliset pätevyystutkinnot		Tavoitteellinen opiskelu työssä, esim. - mentorointi - laatupiirit	Kokemuksesta oppiminen työssä ja muussa toiminnassa
			Satunnaisoppiminen

Informaalinen oppiminen erottaa satunnaisoppimisesta se, että siihen liittyy selkeästi ilmaistu pyrkimys tiettyyn tavoitteeseen ja kokemuksia käytetään tietoisesti tavoitteellisen oppimisen edistämiseksi. Satunnaisoppiminen on tavoitteetonta ja tapahtuu muun toiminnan ”sivutuotteena”. Satunnaisoppimista ei voida systemaattisesti käyttää koulutussuunnittelussa. (Tuomisto 1994).

Itseohjattu oppiminen (self-directed learning) voidaan määritellä lähestymistavaksi, jossa oppijat ovat motivoituneita ottamaan henkilökohtaisen vastuun oppimiseen liittyvistä kognitiivisista (self-monitoring) ja kontekstuaalisista (self-management) prosesseista. Näin he itse ovat vastuussa merkityksellisten ja tarpeellisten oppimistulosten saavuttamisesta. Itseohjatussa oppimisessa merkityksiä ja tietoa konstruoidaan sekä henkilökohtaisesti että sosiaalisesti. (Garrison 1997)

Garrison (1997) on esittänyt mallin itseohjattuun oppimiseen vaikuttavista tekijöistä (kuva 3).



Kuva 3. Itseohjatun oppimisen malli (Garrison 1997)

Garrisonin mallissa vastuulla viitataan oppimisprosessiin liittyviin ulkoisiin aktiviteetteihin. Osatekijöitä ovat mm. oppimistavoitteiden asettaminen ja oppimisresurssien ja tuen käyttö. Vastuu liittyy oppimisen sosiaaliseen ympäristöön ja siihen mitä oppija tekee oppimisprosessin aikana. Yhteistoiminnallinen oppiminen, jossa oppija voi vaikuttaa oppimisen tavoitteisiin ja käytettyihin menetelmiin, on olennainen tekijä merkityksellisen tiedon tuottamisen kannalta.

Kontrollilla tarkoitetaan niitä kognitiivisia ja metakognitiivisia prosesseja, joiden kautta oppija ottaa vastuun merkityksellisen tiedon muodostamisesta. Tähän liittyvät käytettävien oppimisstrategioiden monitorointi (suhteessa tehtäviin ja tavoitteisiin) ja tietoisuus omista ajatteluprosesseista sekä kyky mukauttaa ajattelua tavoitteiden ja oppimistehtävien mukaan. Kontrolli on keskeinen tekijä oppimistulosten laadullisen arvioinnin kannalta: sen kautta varmistutaan siitä, että uusi ja aikaisempi tieto integroidaan merkityksellisellä tavalla ja oppimistavoitteet saavutetaan. Oppimisprosessin kontrolli edellyttää sekä halua että kykyä monitoroida omaa oppimista.

Vastuu ja kontrolli ovat tiiviisti kytkettyinä toisiinsa. Mikäli kontrolli oppimisprosessissa on kokonaan opettajalla, oppijan on vaikea ottaa vastuuta omasta oppi-

misprosessistaan. Toisaalta jos kontrolli jätetään täysin oppijalle, oppimistulosten laatu voi vaarantua.

Motivaatio voidaan jakaa kahteen eri tyyppiseen osaan: motivaatioon aloittaa oppimishanke ja motivaatioon suorittaa oppimistehtävä. Aloittamismotivaatio edellyttää sitoutumista tiettyyn tavoitteeseen ja siihen liittyy aikomus toimia tavoitteen suuntaisesti. Oppijan kokemusta siitä, että hänellä on kykyä ja halua kontrolloida oppimisprosessia voidaan vahvistaa antamalla oppijalle valinnanvaraa oppimistavoitteiden suhteen – tämä voi vahvistaa voimakkaasti aloittamismotivaatiota.

Tehtävämotivaatio kuvaa sitoutumista oppimistoiminnan ylläpitämiseen. Se edellyttää, että osallistujista tulee aktiivisia oppijoita. Tehtävämotivaatio ohjaa ja ylläpitää pyrkimystä oppimistavoitteiden saavuttamiseen. Se on välttämätön edellytys, jotta oppijat ottavat vastuuta omasta oppimisprosessistaan. Vastuun ottamiseen vaikuttavat sekä ulkoiset että sisäiset tekijät. Haasteena on saada oppija ottamaan omakseen ulkoapäin asetettuja oppimistavoitteita – oppijan tulee ainakin ymmärtää, miksi ne ovat merkityksellisiä.

Muutoksen esteitä

Mukavuusvyöhykkeen ongelma

Keskeinen ongelma tiedonhankinnan alueella on se, että lääkäreillä on tiedoissaan aukkoja, joista he eivät itse ole välttämättä tietoisia – ”eivät tiedä mitä eivät tiedä”. Tämä on sekä julkaisutoiminnan että täydennyskoulutuksen yhteinen vakava ongelma (Williamson ym. 1989). Täydennyskoulutuksessa puhutaan ”mukavuusvyöhykkeestä”: lääkäreillä on taipumus valita sellaisia täydennyskoulutusaiheita, jotka ovat heille riittävän tuttuja ennestään (”comfort zone”) (Cantillon ja Jones 1999). Lääkärit osallistuvat yleensä sellaisille täydennyskoulutuskursseille, joissa he voivat oppia lisää asioista joista ovat muutenkin kiinnostuneita eivätkä aina ole objektiivisia arvioidessaan täydennyskoulutustarpeitaan (du Boulay 1999). Eräässä kyselytutkimuksessa 71% vastaajista oli sitä mieltä, että he tietävät itse oppimistarpeensa (du Boulay 1997), vaikka korrelaation lääkäreiden tiettyyn aihepiiriin liittyvän tietotason itsearvion ja objektiivisesti mitatun tietotason välillä on todettu olevan huono (Tracey ym. 1997).

Useita eri näkökulmia tulisikin huomioida tehtäessä tarvekartoitusta täydennyskoulutukseen tai kehittämishankkeisiin liittyen (Bitterman 1999). Yksi kirjallisuudessa kuvattu malli täydennyskoulutuksen puolelta kulkee nimellä ”Design your own conference” (DYOC): kyselyllä selvitetään, mistä aihepiireistä osallistujat ovat kiinnostuneita. Tämän jälkeen potilastapauksia käsitellään siten, että tuodaan esiin sellaisia tärkeitä oppimistarpeita, joita osallistujat eivät itse nosta esiin (selvitetty muilla menetelmillä) integroiden ne osallistujien toiveisiin. (Cottrell 1997)

Tietotasoa arvioivalla kirjallisella testillä saadaan hyödyllistä tietoa kohderyhmän koulutustarpeista – tätä menetelmää tulisikin käyttää osana lääkäreiden koulutustarpeiden kartoitusta (Ram ym. 1999). Pyrittäessä vaikuttamaan lääkäreiden toimintakäytäntöihin on perusteltua valita interventioden kohteiksi sellaisia toiminnan osa-

alueita, joilla objektiivisesti voidaan osoittaa tarve toiminnan muuttamiseen. Esimerkiksi lääkkeenmääräämiskäytäntöihin tarvekartoituksen pohjana voidaan käyttää tietoja todellisista toimintakäytännöistä lääketilastojen pohjalta (Manning ym. 1986).

Ongelmaa voidaan lähestyä myös rakentamalla työkaluja, joita lääkärit voivat hyödyntää oman ammattitaitonsa systemaattisessa itsearvioinnissa. Tällaisia voivat olla sekä oman toiminnan dokumentaation pohjalta koostuva tieto toimintakäytännöistä että tietopohjaa arvioivat ”testit”. Itsearvioinnilla voi olla hyvin voimakas vaikutus yksilön motivaatioon kehittää toimintaansa ja kompetenssiaan (Marienau 1999).

Muita toimintakäytäntöjen muutoksiin liittyviä esteitä

Lääkärin työssään kehittämät rutiinit tekevät omalta osaltaan toimintakäytäntöjen muutoksen vaikeaksi. Kuten aiemmin todettiin, rutiinit ovat osa asiantuntijalle ominaista työskentelytapaa ja tehostavat asiantuntijan toimintaa.

Lääkemääräyskäytäntöjä tutkittaessa on todettu, että jatkuvan lääkityksen muutos on vaikeampi aikaansaada kuin muutos akuuttien tilojen (esim. infektiot) hoitokäytännöissä mm. siksi, että pidempään jatkuneen lääkehoidon vaihtaminen edellyttää päätöksen perustelua ja selittämistä potilaalle (Veninga ym. 2000). Yleislääkärit myös jatkavat helposti erikoislääkärin aloittamaa lääkehoitoa esimerkiksi sydän- ja verisuonitauksissa (de Vries ym. 1996)

Hoitusuositusten noudattamiseen liittyvät esteet voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin esteisiin (Cabana ym. 1999). Sisäisiä esteitä ovat lääkärin tietoihin, taitoihin ja asenteisiin liittyvät tekijät (taulukko 5).

Taulukko 5. Hoitosuositusten noudattamiseen liittyvät sisäiset esteet (Cabana ym. 1999)

Sisäiset esteet
1) Lääkäri ei ole tietoinen hoitosuosituksesta
2) Lääkäri on tietoinen hoitosuosituksesta, mutta ei tunne riittävän hyvin sen sisältöä jotta voisi sitä noudattaa
3) Lääkäri tuntee hoitosuosituksen mutta on eri mieltä siinä esitettyjen toimintamallien rationaalisuudesta tai suhtautuu epäillen hoitosuosituksiin yleensä
4) Lääkärillä ei mielestään ole riittävästi valmiuksia suosituksen noudattamiseen
5) Lääkäri ei usko hoitosuosituksen noudattamisen johtavan tavoiteltuun tulokseen
6) Motivaation puute nykykäytännön muutokseen

Sisäisten tekijöiden tiedostaminen ja niihin vaikuttaminen ovat välttämätön mutta eivät riittävä edellytys hoitosuositusten noudattamiselle. Lisäksi tarvitaan interventioita, jotka kohdistuvat ulkoisiin esteisiin (taulukko 6). Ulkoiset tekijät voivat estää hoitosuosituksen noudattamisen vaikka lääkärillä tietojensa, taitojensa ja asenteidensa osalta olisi edellytykset toimia suosituksen mukaisesti.

Taulukko 6. Hoitosuositusten noudattamiseen liittyvät ulkoiset esteet (Cabana ym. 1999)

Ulkoiset esteet

- 1) Lääkäri kokee kyseisen hoitosuosituksen noudattamisen hankalaksi tai vaikeaksi (hoitosuosituksen sisällöstä ja muodosta riippuvainen)
 - 2) Hoitosuosituksen noudattaminen on ristiriidassa potilaan ilmaisemien tarpeiden tai odotusten suhteen
 - 3) Hoitosuosituksen käyttöönotto edellyttää sellaisia resursseja tai palveluja, joihin yksittäisellä lääkärillä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa
-

Lääkärin toimintakäytännöt: esimerkkinä lääkekäytäntöjen muotoutuminen ja muutos

Lääkekäytäntöjä on tutkittu suhteellisen paljon 1970-luvulta lähtien. Usean tieteenalan ja tutkimusperinteen kiinnostuksesta johtuen lääkekäytäntöjen tutkimusta leimaa viitekehysten, käsitteiden ja tutkimusmenetelmien heterogeenisyys. Useissa maissa on käytössä lääke- tai reseptirekisterejä. Niiden sisältämä tieto on yleensä hyvin rajallista ja sitä on useimmin käytetty karkeaan lääkekäytäntöjen seurantaan. Lääkerekistereihin on joissain tutkimuksissa pystytty yhdistämään tarkempia tietoja lääkäristä ja potilaasta. Rekisteritutkimuksen rinnalla on käytetty erilaisia määrällisiä kysely- ja haastattelumenetelmiä ja viime vuosina yhä useammin myös laadullisia menetelmiä. Tutkimusasetelmista tyypillisiä ovat erilaiset poikkileikkaustutkimukset.

Lääkepäätös prosessina

Lääkärin hoitopäätöksen teko on esitetty viisiportaisena mallina, jossa ongelman ja tavoitteiden määrittämistä seuraa eri vaihtoehtojen punnitseminen, vaihtoehtojen seurausten todennäköisyyksien arvioiminen, mahdollisten lopputulosten arvon ja halettavuuden vertailu sekä parhaan hoitovaihtoehdon valinta. Itse asiassa lääkepäätös on sarja toisiinsa liittyviä päätöksiä

- valitaanko lääke vai muu hoito tai näiden yhdistelmä
- mikä on sopivin lääkeaine
- mikä on sopivin ja tehokkain lääkekuoto
- kuinka suuri kerta- ja vuorokausiannos tarvitaan ja mikä vahvuus valitaan
- mikä valmiste valitaan
- mikä on hoidon pituus, josta seuraa kuinka suuri lääkemäärä tarvitaan.

(Wallenius ym. 1997)

Lilja ym. (1996) esittivät kognitiivisen teorian, jonka mukaan lääkkeen valinta voi olla rutiininomainen ja lähes automaattinen. Vakavissa ja harvinaisissa potilastapauksissa lääkkeen valinta on ei-rutiininomaista ja sisältää useita vaiheita ja päätöksentekokriteereitä. Samansuuntainen lähestymistapa on Denigin (1997) esittämässä mallissa (taulukko 7), jonka mukaan käytännössä lääkäreillä on lääkkeen valintatilanteessa käytössään erilaisia strategioita.

Taulukko 7. Erilaisia päätöksentekostrategioita lääkkeen valinnassa

Päätöksentekostrategia	Tyypillisiä piirteitä
Analyttis-rationaalinen	Parhaan vaihtoehdon etsiminen etujen ja haittojen punnitsemisen kautta
Rajattu rationaalinen	Sellaisen vaihtoehdon etsiminen, joka täyttää tietyt ehdot
Intuitiivinen	Aiemman kokemuksen ja samanlaisuuden tunnistamisen käyttö
”Tunteenomainen”	Konfliktin tai katumisen välttäminen, esim. lääkäri jatkaa toisen lääkärin aloittamaa lääkitystä välttääkseen konfliktin

(Denig 1997)

Nämä neljä strategiaa eivät ole toisiaan poissulkevia. Strategian valintaan vaikuttavat muun muassa lääkevaihtoehtojen ja niiden seurausten lukumäärä, ajanpuute, sekä lääkärin koulutus ja osaaminen.

1) *Analyttis-rationaalinen päätöksentekostrategia*

Rationaalisia päätöksentekomalleja ovat esittäneet muutkin lääkepäättösten tutkijat. Segal ja Hepler (1982) ovat esittäneet kognitiivisen psykologiaan perustuvan mallin lääkepäättöksen teosta. Hoitoprosessissa lääkäri (1) haastattelee ja tutkii potilaan, hankkii lisätietoa laboratoriokokeilla ym., analysoi materiaalin ja luo kliinisen mielikuvan tai alustavan diagnoosin (2) muotoilee hoitosuunnitelman (3) arvioi hoidon tuloksen. Mallissa lääkkeen valinnassa vaikuttavat sekä lääkärin uskomukset (beliefs) lääkkeen vaikutuksesta että lääkärin arvotukset (valencies) erilaisia vaikutuksia kohtaan. Mallissa lääkepäättöksen vaikuttavat tiedot potilaasta sekä lääkärin arvotukset mahdollisille hoidon lopputuloksille ja lääkärin näkemys hoidon yhteydestä lopputulokseen (esim. valitun lääkkeen yhteys paranemiseen). Tutkijat testasivat mallia tapausesimerkkien avulla yleislääketieteeseen erikoistuvilla lääkäreillä tehdyllä kyselytutkimuksella ja totesivat mallin ennustavan lääkäreiden lääkevalintoja.

2) *Rajoitettu rationaalinen strategia* ikään kuin luo rationaalis-analyttiseen päätöksentekostrategiaan oikoteitä esimerkiksi ajanpuutteen vuoksi. Strategiana on tyydyttävän vaihtoehdon löytäminen. Lääkäri esimerkiksi aloittaa ensimmäisenä mieleen tulevasta lääkkeestä ja tarkistaa, täyttääkö tämä lääke tietyt minimivaatimukset. Jos ei näin ole, hän siirtyy seuraavaan ja jatkaa, kunnes löytää tyydyttävän vaihtoehdon.

3) *Intuitiivinen strategia* yhdistää intuition ja aiemmat kokemukset lääkkeestä. Lääkäri saattaa tunnistaa samanlaisen, aiemman tapauksen ja valita saman lääkkeen ilman että tietoisesti punnitsee muita vaihtoehtoja. Tämä strategia vastaa hahmontunnistusta, jota on käsitelty luvussa 2.1.

- 4) *Tunnepohjainen strategia* saattaa johtaa sellaisen lääkkeen valintaan, jonka lääkäri tietää olevan ei-optimaalinen, mutta esimerkiksi halu välttää konflikti ohjaa päätöksentekoa. Tällä voidaan ajatella olevan merkitystä etenkin lääkemääräysten uusinnan yhteydessä.

Yllä esitetyt mallit kuvaavat lähinnä lääkepäätöstä uuden lääkkeen valinnassa. Kuitenkin suuri osa lääkepäätöksistä varsinkin perusterveydenhuollossa koskee jo aloitettua hoitoa (Sairanen ym. 2000). Reseptin uusimiseen liittyy erityisongelmia, kuten se että lääkäri ei tapaa potilasta tai toimii ”uusinta-automaattina” (Lahnajärvi 1999, Sairanen ym. 2000).

Lääkekäytäntöjen muotoutuminen

Lääkäreiden lääkekäytäntöjen muotoutumisen tutkimuksissa näkyvät luvussa 2.2 esitetyn Tamblynin ja Battistan mallin kaikki elementit. Monilta osin lääkekäytännöt ja muut toimintakäytännöt muistuttavat toisiaan. Kuitenkin lääkekäytännöissä on myös joitain erityispiirteitä, jotka saattavat vaikuttaa interventiostrategioiden vaikuttavuuteen. Yksittäisen lääkärin lääkekäytäntö voi varsinkin perusterveydenhuollossa olla riippumaton muiden lääkäreiden lääkekäytännöistä, koska sen toteutus ei edellytä teknologian tai avustavan henkilökunnan käyttöä ja kollegojen lääkekäytännöt eivät välttämättä ole edes tiedossa. Tamblynin ja Battistan malli painottaa toimintakäytäntöjen rationaalisia elementtejä. Tutkimusten mukaan myös lääkäreiden asenteet, kokemus ja lääkkeisiin liittyvät symboliset merkitykset vaikuttavat lääkekäytäntöihin. Tamblynin ja Battistan malli ottaa huomioon potilasaineksen, mutta lääkekäytäntöjen kohdalla potilaan toiveet (tai lääkärin oletukset näistä) saattavat myös vaikuttaa lääkärin päätöksiin. Lääkekäytäntöjen kohdalla lääketeollisuuden kaupalliset intressit ja lääkemarkkinoinnin vaikutukset ovat seikkoja, joita ei voida sivuuttaa. Yksittäisen potilaan kohdalla lääkärin lääkepäätökseen vaikuttavat luonnollisesti potilaan sairaus ja sen vaikeus, lääkkeen farmakologiset ominaisuudet ja potilaan ominaisuudet.

1.1.1.1 Kompetenssi ja sosiodemografiset tekijät

Kompetenssia on kirjallisuudessa käsitelty kahdesta näkökulmasta: koulutuksen määrän (usein vertaamalla erikoislääkäreitä ja erikoistumattomia) ja koulutuksen ”tuoreuden” näkökulmista. Kiinnostavalla tavalla nuorien lääkäreiden lääkekäytännöt ovat usein asianmukaisempia kuin vanhemmilla lääkäreillä. Pääasiassa 1960–70-luvuilla tehtyjä tutkimuksia sisältäneessä katsauksessa (Christensen ja Bush 1981) asianmukaisemmin lääkkeitä määränneet lääkärit olivat nuoria, valmistumisesta oli kulunut vähän aikaa ja kokemusta kliinisestä työstä oli vähän. 1980–90-luvuilla saadut tulokset ovat samansuuntaisia (Lilja ym. 1996, Anderson ym. 1997). Eroja lääkekäytännöissä on selitetty muun muassa sillä, että ajan myötä tietämys asianmukaisesta lääkekäytännöstä vähenee. Nuorten lääkäreiden on myös esitetty luottavan enemmän lääketieteellisiin julkaisuihin ja lääke-esittelijöihin, koska heidän ammatilliset verkostonsa ovat kehittymättömiä (Christensen ja Bush 1981).

Useissa tutkimuksissa on verrattu toisiinsa erikoislääkäreiden ja erikoistumattomien lääkäreiden, joskus myös erikoislääkäreiden ja samalle alalle erikoistuvien lääkäreiden lääkekäytäntöjä. Erikoislääkäreiden lääkekäytännöt seuraavat useiden tutkimusten

mukaan muita lääkäreitä paremmin hoito-ohjelmia tai asiantuntijoiden ohjeita (Payne ym. 1991, Anderson ym. 1997, Järbrink ym. 1999).

Kompetenssia on tutkittu myös etsimällä ”lääkekompetenssin” ja yleisemmän kliinisen kompetenssin yhteyksiä. Tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että ongelmalliset lääkekäytännöt liittyvät myös muihin ongelmiin kliinisessä työssä. Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin yleislääkärivastaanottojen lääkekäytäntöjen yhteyttä muuhun kliiniseen käytäntöön rekisterien avulla (Kelsey ym. 1996). Hyvän lääkekäytännön mittarina oli kokeneiden yleislääkäreiden laatima suositus. Valtaosa vastaanotoista noudatti suositusta. Lääkesuosituksesta poikkeavat vastaanotot poikkesivat suosituksista myös laboratoriotutkimuksiin liittyvissä käytännöissään.

1.1.1.2 Työjärjestelyihin liittyvät tekijät

Lääkekäytäntöjen ja työjärjestelyjen yhteyksiä on tutkittu vähän. Työjärjestelyihin liittyvänä esimerkkinä ovat peruslääkevalikoimat (formulary). Niiden tarkoituksena on yhtenäistää ja ohjata sairaalan ja terveyskeskuksen lääkekäyttöä: lisätä varmuutta ja turvallisuutta sekä vähentää kustannuksia ja käytön ongelmia (Lahti 2000). Kliinifarmakologisten ominaisuuksien lisäksi taloudelliset seikat ja lääkevalmisteiden saatavuus vaikuttavat sairaaloiden peruslääkevalikoimien muotoutumiseen (Wallenius 1997). Hollantilaisessa tutkimuksessa yleissairaaloista niiden peruslääkevalikoima vaihteli huomattavasti: eri lääkeaineryhmissä kansallisia hoitosuosituksia noudatti 35–100 % sairaaloista ja eri lääkevalmisteiden määrä vaihteli välillä 412–1121 (Fijn ym. 2000). Myös terveyskeskuksiin on laadittu ”peruslääkeluetteloita” (Lääkekustannustyöryhmä 1997).

Vastaanottoon käytettävissä olevan ajan ja lääkekäytäntöjen yhteydet olisivat kiinnostava tutkimuskohde, mutta kirjallisuuden löytäminen aiheesta on vaikeaa. Joitain viitteitä antaa aiemmin esitelty Denigin malli lääkepäätoksesta prosessina. Tässä mallissa lääkärin ajanpuute johtaa vaihtoehtojen systemaattisen punninnan sijaan minimiehdot täyttävän lääkkeen valintaan.

1.1.1.3 Potilasaines

Potilasaines vaikuttaa lääkekäytäntöihin sekä väestötasolla (Wilson ym. 1999) että yksilötasolla. Kirjallisuuden mukaan lääkepäätoksissa erilaiset läkehoidon seuraukset painottuvat eri tavoin, kun kyseessä on lievä sairaus tai vaaraton vaiva tai jos kyseessä on akuutti tai vakava sairaus. Suhteellisen ”vaarattomassa” sairaudessa vakavat sivuvaikutukset ovat tärkein hoitopäätökseen vaikuttava tekijä, akuutissa sairaudessa lääkkeen teho. (Christensen ja Bush 1981). Myös potilaan sosiodemografia, kuten ikä ja sukupuoli, vaikuttavat lääkekäytäntöihin: esimerkiksi psykienlääkkeitä lääkärit kirjoittavat erityisesti iäkkäille potilaille ja naisille (Lilja ym. 1996).

Potilaiden toiveiden ja vaatimusten on toistuvasti esitetty vaikuttavan huomattavasti lääkekäytäntöihin (Schwartz ym. 1989). Lääkärit määräävät enemmän lääkkeitä kuin potilaat odottavat (Lahti 2000). Yleislääkäreiden epämukavia tai hankalia lääkepäätoksia tutkittiin laadullisen critical incident -menetelmän avulla Iso-Britanniassa (Bradley 1992). Lääkepäästösten epämukavuus liittyi monentyypisiin lääkkeisiin, mutta useimmiten se liittyi antibiootteihin, rauhoittaviin lääkkeisiin ja oireenmukaisiin lääkkeisiin. Potilaan odotukset olivat tärkein päätöksenteon perusta ja

tärkeimmät ”epämukavuudet” liittyivät huoleen sivuvaikutuksista. Myös muunlaisia tuloksia on saatu. Yleislääkäreiden haastattelututkimuksessa munuaiskoliikissa ja toiminnallisissa vatsavaivoissa potilaan vaatimus vaikutti lääkkeen valintaan vain vähäisessä määrin (Denig ym. 1988). Mahdollisesti osaan lääkäreistä potilaan vaatimukset eivät vaikuta lainkaan (Christensen ja Bush 1981, Denig ym. 1988). Toisaalta useissa tutkimuksissa lääkepäätökseen on vaikuttanut lääkärin odotus tai käsitys potilaan vaatimuksista, ei niinkään potilaan esittämä vaatimus (Britten ja Ukoumunne 1997, Cockburn ja Pit 1997, Butler ym. 1998). Lääkekäytännöillä ei näyttäisi olevan kovin selkeää yhteyttä potilastyytyvyyteen (Dowell ym. 1996, Himmel ym. 1997).

1.1.1.4 Taloudelliset tekijät ja korvauskäytännöt

Taloudelliset tekijät vaikuttavat lääkekäytäntöihin kahta kautta: toisaalta lääkkeen hinta ja toisaalta lääkäreiden palkanmuodostus vaikuttavat lääkekäytäntöihin. Kyse-lytutkimuksissa suomalaiset lääkärit ilmoittavat lääkkeiden hinnat tärkeinä hoitopäätökseenkin vaikuttavana tekijänä. Toisaalta lääkärit näkevät vaikeana seurata lääkkeiden muuttuvia hintoja ja korvauskäytäntöjä. Erityisen huolissaan suomalaiset lääkärit ovat potilaidensa maksukyvyistä kalliiden lääkkeiden kohdalla (Helin ym. 1998, Raappana 2000, Helin-Salmivaara ym. 2000). Toisaalta on todennäköistä, että kyselytutkimukset antavat todellisuutta positiivisemmän kuvan lääkäreiden hintatietoisuudesta, mistä on saatu myös viitteitä tutkimuksissa (Raappana 2000).

Lääkäreiden palkkausjärjestelmällä on joissain tutkimuksissa löydetty yhteyksiä lääkekäytäntöihin, mutta tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Reseptuuriaineistoon perustuvassa seurantatutkimuksessa Isossa-Britanniassa yleislääkäreiden halvempien antibioottien määrääminen oli yhteydessä lääkäreiden suoritepalkkaukseen (Wilson ym. 1999). Norjalaistutkimuksessa kiinteäpalkkaiset lääkärit määräisivät suoritepalkkaisia kollegojaan useammin hoitosuosituksen mukaista V-penisilliiniä tiettyihin infektiosairauksiin, mutta tutkimusasetelmaan liittyi menetelmällisiä ongelmia (Strand ym. 1998).

Lääkekorvaukset ovat Suomessa olleet osa potilaan sosiaaliturvaa eikä niillä ole pyritty parantamaan lääkitystä. Lääkekorvausten voidaan ajatella vaikuttavan lääkekäytäntöihin potilaiden maksukyvyn kautta ja lääkkeen imagon kautta (korkeasti korvattavalla lääkkeellä on hyvä imago). Lisäksi ”tiukat” korvauskriteerit voivat johtaa parempaan lääketieteelliseen harkintaan sekä markkinoille tuloon ja siellä pysymiseen. (Hemminki 1997) Lääkekorvausjärjestelmien ja niiden vaikutusten vertailu on haasteellista. Euroopan Unionin alueella on käytössä hyvin erilaisia lääkekorvausjärjestelmiä (Noyce ym. 2000) ja eurooppalainen tutkijaryhmä parhaillaan selvittää näiden yhteyksiä lääkekäytäntöihin.

1.1.1.5 Asenteet, kokemus ja sosiaaliset normit

Denig työtovereineen on esittänyt mallin lääkärin lääkepäätöksestä (1988). Mallissa keskeisiä lääkkeen valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat:

- 1) Lääkärin *asenne* tiettyä lääkettä kohtaan. Siihen vaikuttavat lääkärin odotukset lääkkeen vaikutuksista ja arvo, jonka lääkäri antaa näille vaikutuksille. Vai

kutukset voivat liittyä lääkkeen tehoon, sivuvaikutuksiin, potilaan komplianssiin ja lääkekustannuksiin.

- 2) Lääkärin *painotettu kokemus* tietystä lääkkeestä, johon vaikuttavat henkilökohtaiset kokemukset lääkkeestä ja lääkärin näille kokemuksille antama arvo. Sekä lääkärin henkilökohtaiset kokemukset lääkkeestä että muiden lääkäreiden kokemukset vaikuttavat huomattavasti lääkepäätökseen (Schwartz ym. 1989, Lilja ym. 1996, Ala-Fossi 1997).
- 3) Lääkärin muodostama *subjektiivinen normi* tietyn lääkkeen määräämiselle. Siihen vaikuttavat lääkärin odotukset sosiaalisen ympäristön mielipiteistä ja halu mukautua ympäristön mielipiteisiin. Ammatillisen ympäristön merkitys lääkekäytäntöihin on merkittävä. Jo 1950-luvulla tehdyssä tutkimuksessa Coleman ym. (1959) tulosten mukaan sosiaaliset ja ammatilliset yhteydet ovat merkittäviä uuden lääkkeen käyttöönotossa. Lääkärit, joilla on runsaasti yhteyksiä toisiin lääkäreihin ottavat uuden lääkkeen käyttöön nopeammin. Ensimmäisessä vaiheessa uuden lääkkeen käyttö leviää niiden lääkäreiden joukossa, joilla on kiinteät ammatilliset yhteydet ja seuraavassa vaiheessa sosiaalisten verkostojen kautta. Osassa myöhemmistä tutkimuksissa ei kaksivaiheista uuden lääkkeen käyttöönottoa ole voitu nähdä. Joidenkin tutkijoiden mukaan tilanne saattaa olla muuttunut, kun (1950-luvun jälkeen) on tullut tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista ja uusien lääkkeiden markkinoille tulo on hidastunut. (Christensen ja Bush 1981).

1.1.1.6 Symboliset tekijät

Lääke, resepti ja reseptin kirjoittaminen on liitetty sekä lääkärin että potilaan sosiaaliin ja psykologisiin tarpeisiin (Christensen ja Bush 1981). Lääkkeisiin ja lääkkeenmääräämiseen on kirjallisuudessa liitetty lukuisia symbolisia merkityksiä (taulukko 8). Näiden tutkiminen on erittäin ongelmallista ja useat kirjoittajat ovatkin tyytyneet esittelemään näkemyksensä näitä tutkimuksella testaamatta. Osa tutkimuksista on kehityksmaista, joissa lääkkeisiin liittyy erityisesti yhteys länsimaiseen teknologiaan. Reseptin on esitetty helpottavan potilaan ja lääkärin kommunikointia: resepti auttaa lääkärinä ylittämään kuilun, joka syntyy lääkärin ja potilaan erilaisesta kielestä ja merkityksistä (Montagne 1988). On myös esitetty, että lääkkeenmääräämisen avulla lääkäri ”sitoo” potilaan tulemaan uudelleen vastaanotolle (Christensen ja Bush 1981). Jossain määrin lääkärit näyttäisivät käyttävän tietoisestikin näitä symbolisia merkityksiä (Schwartz ym. 1989).

Taulukko 8. Lääkkeisiin liitettyjä symbolisia merkityksiä

	Lääke on merkki tai symboli
Lääkäriin liittyviä	Lääkärin kiinnostuksesta, huolenpidosta ja halusta auttaa potilasta Lääkärin asiantuntemuksesta, osaamisesta ja vallasta Vastaanoton päättymisestä (ja potilas-lääkärisuhteen jatkumisesta) Parantavan voiman siirrosta lääkäriltä potilaalle
Potilaaseen liittyviä	Sairaaseen roolista Todellisen (ei psyykkisen) sairauden olemassaolosta

	Potilaan halusta parantua
	Potilaan toiveiden huomioonottamisesta
	Palkinnosta, jonka potilas saa apua haettuaan
	Sairauden ”kontrolloimisesta”
Lääkkeeseen liittyviä	Parantavasta voimasta
	Modernista teknologiasta
	Taudinaiheuttajan poistamisesta tai puutoksen korvaamisesta

(Christensen ja Bush 1981, Barsky 1983, Montagne 1988, Schwartz ym. 1989)

1.1.1.7 Kaupalliset tekijät

Lääkemarkkinoinnin vaikutuksia lääkekäytäntöihin on haasteellista tutkia. Lääketeollisuuden vaikuttamisen keinot on mielekästä jakaa suoriin ja epäsuoriin (Hemminki 1988). Suoria keinoja ovat muun muassa suoramainonta ja lehtimainonta, lääke-esitelyt, lääkenäytteet ja liikelahjat sekä erilaiset pr-tapahtumat. Epäsuoria vaikuttamisen keinoja ovat muun muassa lääketieteellisen tutkimuksen, julkaisujen ja lääkärijärjestöjen tukeminen, lääkäreiden koulutuksen ja oppikirjojen julkaisemisen tukeminen sekä suorat henkilöyhteydet merkittävien lääkäreiden ja lääketeollisuuden välillä. Epäsuorat keinot ja todennäköisesti myös osa suorista keinoista ja niiden vaikutukset jäävät lääkäreiltä itseltäänkin piiloon. Laajassa katsauksessaan Wazana (2000) toteaa usean lääkemarkkinoinnin muodon vaikuttavan erityisesti niiden lääkäreiden toimintaan, joilla tiedon taso on keskimääräistä alhaisempi. Vaikutukset näkyvät sekä asenteissa että toiminnassa mm. siten, että määrätään lisääntyvässä määrin uusia ja kalliimpia lääkkeitä.

Kaupalliset lähteet ovat erityisen merkittäviä tiedonsaannissa uudesta lääkkeestä tieteellisten lähteiden rinnalla. (Christensen ja Bush 1989, Denig ym. 1988, Ala-Fossi 1997). Kliininen tilanne, kuten sairauden vakavuus, hoidon tavoite (ennaltaehkäisevä, oireita lievittävä, parantava) näyttäisivät myös vaikuttavan siihen, kuinka tärkeitä kaupalliset lähteet ovat tiedonlähteinä (Christensen ja Bush 1981). ”Pienen riskin” lääkkeillä kaupalliset lähteet saattavat olla erityisen merkittäviä (Peay ja Peay 1988). Kaupallisten lähteiden merkitys saattaa olla erilainen erikoislääkäreillä ja muilla lääkäreillä. Australialaisten lääkäreiden haastattelututkimuksessa avohoidon lääkärit ilmoittivat sairaalalääkäreitä useammin kaupallisten lähteiden vaikuttaneen uuden lääkkeen käyttöönottoon (Peay ja Peay 1990).

Joissain tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että yleinen asennoituminen lääkemarkkinointiin on yhteydessä lääkehoidon asianmukaisuuteen: asianmukaisesti lääkkeitä kirjoittaneet lääkärit suhtautuivat kriittisesti lääkemarkkinointiin (Lilja ym. 1996).

Interventiostrategiat

Lääkäreiden toimintakäytäntöjen muutoksia voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Keskeistä näkökulman valinnassa on se, ymmärretäänkö oppiminen ja toiminnan muutos itsessään tavoiteltaviksi lopputulosmuuttujiksi, vai onko mielenkiinnon kohteena muutos esimerkiksi hoitotuloksissa tai terveydenhuollon resurssien käytössä. Toinen keskeinen näkökulman valintaan vaikuttava tekijä on oppimisen ja muutoksen

todentaminen yksittäisen lääkärin toiminnassa tai vaihtoehtoisesti muutoksen tarkastelu työyhteisön tai terveydenhuollon organisaation tasolla.

Lääkäreiden lääkekäytännöt näyttäisivät olevan varsin pysyviä. Alankomaissa yleislääkärin käytössä on arvioitu olevan 150–200 lääketta, joista 5 % on otettu käyttöön ja 2 %:n käyttö lopetettu edellisenä vuonna. Lääke otetaan käyttöön nopeammin, jos lääkkeen vaikutusmekanismi tunnetaan tai jos niitä käytetään itsestään rajoittuviin, pienen riskin vaivoihin. (Denig 1997) Suomessa yleislääkärin käytössä on myös keskimäärin 200 lääkeainetta (Helin ym. 1999). Isossa-Britanniassa yleislääkäreiden lääkekäytännöissä on puolen vuoden aikana arvioitu tapahtuvan 3–4 muutosta (Armstrong ym. 1996).

Eri muutosstrategioiden vaikuttavuudesta on viime vuosina julkaistu lukuisia systemoituja katsauksia (Davis ym. 1999, Bero ym. 1998, Oxman ym. 1995). Näissä on kuitenkin usein osoittautunut ongelmaksi tutkimusasetelmien vaihtelevuus ja se, ettei lopputulosmuuttujia ole standardoitu. Lisäksi eri tutkimuksissa on saatu hyvinkin ristiriitaisia tuloksia. Yhteenvetona näistä tutkimuksista voidaan todeta, että pyritäessä vaikuttamaan lääkäreiden toimintakäytäntöihin ei ole olemassa yhtä interventiomenetelmää ylitse muiden. Eri tyyppiset muutokset (hoitosuosituksen implementaatio, uusien tutkimustulosten hyödyntäminen, uusien toimintakäytäntöjen käyttöönotto) vaativat erilaisten muutosstrategioiden käyttöä. Strategioiden toimivuus vaihtelee myös kohderyhmän mukaan. Muutoksen implementaatio ei ole tavallisesti yksittäinen toiminta vaan tapahtuu portaittaisena prosessina, interventioita yhdistäen, kytkettynä mahdollisiin muutoksen esteisiin. (Grol 1997) Samansuuntaisia tuloksia on esitetty katsauksissa, joissa on keskitytty lääkekäytäntöihin liittyviin interventioihin (Soumerai ym. 1989, Anderson ja Lexchin 1996).

Grol (1997) on tarkastellut lääkäreiden toimintakäytäntöjen muutosstrategioita seitsemästä eri näkökulmasta (taulukko 9). Kukin lähestymistapa liittyy käyttäytymistieteellisiin teorioihin, joiden pohjalta on määritelty muutosstrategian lähtökohta eli muutoksen aiheuttava ”voima”. Oheisessa taulukossa on myös esitetty lähestymistapoihin perustuva interventioiden ja interventiostrategioiden luokittelu, jota käytetään tässä katsauksessa muutosstrategioiden käsittelyn pohjana.

Taulukko 9. Lääkäreiden toimintakäytäntöjen muutosstrategiat (Grol 1997)

Lähestymistapa	Teoria	Lähtökohta	Interventiot/strategiat
Koulutuksellinen	Aikuisen oppimisen teorat	Ammattilaisten sisäinen motivaatio	- alueellinen toiminta - pienryhmäkoulutus - PBL
Epidemiologinen	Kognitiiviset teorat	Rationaalinen tiedonhaku ja päätöksenteko	- näyttöön perustuvat hoitosuositukset - tieteellisen tiedon välittäminen koulutuksen ja muiden kanavien kautta
Markkinointi	Terveyden edistämisen, innovaatioiden ja yhteiskunnalliset markkinoinnin teorat	Houkutteleva, kohderyhmän tarpeisiin muokattu tuote	- tarveanalyysi, muutosehdotuksen mukauttaminen paikallisiin tarpeisiin - vaiheittainen toiminta - useiden tiedonvälityskanavien käyttö
Behavioristinen	Behavioristinen oppimisteoria	Käytöksen kontrollointi ulkoisesti	- auditointi ja palaute - muistutukset, toiminnan moni

			<ul style="list-style-type: none"> - torointi - taloudelliset pakotteet/ houkuttimet
Sosiaalinen vuorovaikutus	Sosiaalisen oppimisen ja innovaation teorit. Yhteiskunnallisen vaikutuksen / vallan teorit	Merkittävien kollegojen /roolimallien sosiaalinen vaikutus	<ul style="list-style-type: none"> - vertaisarviointi alueellisten verkostojen kautta - asiantuntijan antama yksilöllinen ohjaus (AD) - mielipidejohtajat - verkoston keskeisiin henkilöihin vaikuttaminen - potilaiden kautta toteutettavat interventiot
Organisatorinen	Johtamisteorit, systeemiteorit	Organisatoristen ja rakenteellisten edellytysten luominen terveydenhuollon kehittämiseksi	<ul style="list-style-type: none"> - hoitoprosessien 'reengineering' - laadunhallinta ja -kehittämistäjärjestelmät - tiimityö - johtajuuden kehittäminen - rakenteiden ja tehtävien muuttaminen
Pakotteet	Taloudelliset, valta- ja oppimisteorit	Kontrolli ja painostus, ulkoinen motivaatio	<ul style="list-style-type: none"> - säädökset, lait - budjetointi, sopimusohjaus - akkreditointi, toimilupaan liittyvät toimenpiteet - valitukset/ oikeusprosessit

Täydennyskoulutustilaisuudet

Täydennyskoulutus muutosstrategiana perustuu siihen lähtöoletukseen, että lääkäreillä on sisäinen motivaatio jatkuvaan ammatillisen kompetenssin ylläpitämiseen ja kehittämiseen (Grol 1997).

Täydennyskoulutuksen vaikuttavuus ja erityisesti eri koulutusmenetelmien toimivuus ovat olleet laajalti keskustelun kohteina lääketieteellisessä kirjallisuudessa viime vuosina. Samalla näkökulma on alkanut siirtyä kohti jatkuvaa ammatillista kehittymistä perinteisen täydennyskoulutuksen sijaan. Jatkuvan ammatillisen kehittymisen (continuing professional development, CPD) yhteydessä korostetaan lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten vastuuta ja oikeutta oman ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Täydennyskoulutus – jota on perinteisesti pidetty keskeisenä tietojen päivittämisen tapana – on vain yksi osa jatkuvaa ammatillista kehittymistä. On myös muita merkittäviä tapoja pitää yllä ja kehittää ammattitaitoa (du Boulay 1999). Täydennyskoulutuksen rooli on muovautumassa itseohjattua oppimista tukevaksi ja perinteisten koulutustilaisuuksien sijaan pyritään luomaan eri tyyppisiä oppimisympäristöjä, joissa tapahtuva oppiminen nojautuu voimakkaasti lääkäreiden oman kokemuksen hyödyntämiseen ja useiden tiedonhankintakanavien käyttöön (Fox ja Bennett 1998).

Perinteisen luentomuotoisen koulutuksen vaikutuksista lääkekäytäntöihin on viime vuosina julkaistu niukasti tutkimuksia. Vaikuttaa siltä, että tämäntyyppisen koulutuksen tehottomuus lääkekäytäntöjen muuttamisessa on jo hyvin tiedossa. Toisaalta on yksittäisiä tutkimuksia, joissa perinteinen, formaali täydennyskoulutus on parantanut lääkekäytäntöjä, kuten laskimotukoksen ehkäisyssä (Anderson ja Lexchin 1996).

Pienryhmäpohjaisesta koulutuksesta on joitain tutkimuksia, mutta näiden vertailu on ongelmallista. Kahdessa yhdysvaltalais tutkimuksessa pyrittiin parantamaan lääkekäytäntöjä. Astman lääkehoidon parantamiseen tähtäävässä tutkimuksessa satunnaistettiin yleislääkäreitä koulutus- ja kontrolliryhmään (White ym. 1989). Pienryhmäkoulutukseen osallistuminen ei muuttanut lääkäreiden lääkekäytäntöjä, joita mitattiin potilaiden astmaoireilulla ja lääkkeiden käytöllä. Antibioottikäytäntöjä pyrittiin parantamaan tutkimuksessa, jossa satunnaistettiin eri erikoisalojen lääkäreitä koulutus- ja kontrolliryhmään (Klein ym. 1981). Pienryhmäkoulutukseen osallistuneiden lääkäreiden lääkekäytännöt paranivat. Näissä kahdessa yhdysvaltalais tutkimuksessa oli erilainen kohdepopulaatio ja eri lopputulosmuuttujat. Vaikka interventiomenetelmä oli molemmissa tutkimuksissa pienryhmäpohjainen koulutus, se oli näissä tutkimuksissa toteutettu hyvin eri tavoin.

Tapauspohjaisesta koulutuksesta on myös niukasti tutkimuksia lääkekäytäntöjen muuttamisessa. Hollantilaistutkimuksessa kolmen erikoisalan lääkäreille järjestettiin tapauspohjaista interaktiivista ryhmämuotoista koulutusta, johon kahdessa erikoisala-kohtaisessa vertailuryhmässä yhdistettiin antibiootin valintaa helpottava lomake. Tutkimus oli satunnaistamaton ja siihen liittyi useita menetelmällisiä ongelmia. Tutkimuksen päätulos oli, että tapauspohjainen koulutus yksinään ei muuttanut lääkekäytäntöjä. (Gyssens ym. 1997).

Kirjallisen materiaalin vaikuttavuutta on pohdittu pääasiassa 1970-1980-luvuilla julkaistuja pohjoisamerikkalaisia tutkimuksia käsittävässä katsauksessa, jossa todettiin eri tyyppisen kirjallisen materiaalin (suorapostituskirjeet, hoitosuositukset, itseopiskelumateriaalit, varoitukset sivuvaikutuksista) mahdollisesti lisäävän lääkäreiden tietoa lääkkeitä, mutta niiden vaikutukset lääkekäytäntöihin olivat olemattomia yksin käytettynä (Soumerai ym 1989).

Yksittäiset lääketutkimukset ja niiden julkaiseminen ovat joissain tapauksissa vaikuttaneet suoraan lääkekäytäntöihin. Yhdysvaltalaisessa Lamasin ja suuren tutkimusryhmän (1992) sydäninfarktin monikeskustutkimuksessa kolmen seurantavuoden aikana julkaistiin kolme laajaa, uusia tuloksia sisältänyttä lääketutkimusta. Seuranta-aikana aspiriinin käyttö lisääntyi, minkä tutkijat yhdistivät julkaistuihin tutkimusraportteihin. Luonnollisesti tämäntyyppiseen tutkimukseen sisältyy useita mahdollisia virhelähteitä. Liljan ym. mukaan (1996) yleislääkärit harvoin muuttavat odotuksiaan lääkkeitä pelkän julkaistun kliinisen tutkimuksen perustella

Epidemiologinen näkökulma

Epidemiologinen näkökulma korostaa lääkärin rationaalista vaihtoehtojen punnintaa ja päätöksentekoa. Lääkärit tuntevat huonosti lääkkeisiin liittyviä hoitosuosituksia ja toisaalta pelkkä tieto ei vielä takaa suositusten noudattamista.

Hoitosuositusten lisäksi henkilökohtaisen peruslääkevalikoiman ja tietokoneavusteisten päätöksenteon tukiohjelmien voidaan katsoa edustavan epidemiologista näkökulmaa. Avohoidon lääkärin *peruslääkevalikoima* on henkilökohtainen. Sen on systemaattisen ja rationaalisen eri vaihtoehtojen punninnan kautta syntynyt ensisijaislääkkeiden

valikoima, jonka laatimisessa arvioidaan rinnakkaisvalmisteiden teho, turvallisuus, tarkoituksenmukaisuus ja taloudellisuus (Helin ym. 1999). Saksalaistutkimuksessa selvitettiin lääkäreiden kokemuksia viranomaisten laatimasta ohjeellisesta peruslääkevalikoimasta (Kochen ym. 1994). Lääkärit olivat tyytyväisiä listaan ja valtaosa näki sen muuttaneen omia lääkekäytäntöjä. Lääkärit pitivät virallista peruslääkevalikoimaa henkilökohtaista parempana, tosin heillä oli kokemusta vain virallisesta listasta. Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisiä peruslääkevalikoimia on kuvattu kirjallisuudessa (Garvey ym. 1990, Duerden ja Walley 1999). Peruslääkevalikoiden vaikutuksista lääkekäytäntöihin ei löytynyt tutkimuksia.

Rationaalista päätöksentekoa tukemaan on kehitetty *tietokoneavusteisia päätöksenteon tukiohjelmia*. Näissä on usein asiantuntijoiden laatimia lääkkeiden suosituslistoja perusteluineen tai ilman perusteluja (esim. CAPSULE) (Walton ym. 1997). Ohjelmien vaikutuksista lääkekäytäntöihin on toistaiseksi niukasti tutkimuksia. Tanskalaistutkimuksessa ei tietokoneavusteisella ohjelmalla saatu aikaan siirtymistä halvempiin rinnakkaisvalmisteisiin (Vedsted ym. 1998). Tutkimuksesta ei voida päätellä johtuuko tulos siitä, että lääkärit eivät halunneet käyttää halvempia rinnakkaisvalmisteita vai siitä, että ohjelman käyttöönotto sinänsä ei ollut toimiva interventiomenetelmä.

Epidemiologisen näkökulman taustalla ovat kognitiiviset teoriat ja taustaoletuksena on, että lääkärin lääkekäytännöt muotoutuvat rationaalisen tiedon hankinnan ja vaihtoehtojen vertailun kautta (Grol 1997).

1.1.1.8 Hoitosuosituks

Näyttöön perustuvia hoitosuosituksia (evidence-based clinical guidelines) on pidetty luonnollisena tapana vaikuttaa lääkäreiden toimintakäytäntöihin (Eddy 1990). Tutkimuksissa on kuitenkin toistuvasti todettu, että hoitosuosituks

Hoitosuositus ilman muita toimintakäytäntöihin vaikuttavia toimenpiteitä jää usein irralliseksi lääkärin käytännön työstä. Hoitosuosituksilla voidaan saada lääkärit harkitsemaan hoitokäytännön muutosta, mutta ilman muita toimenpiteitä (haittaaviin/edesauttaviin tekijöihin vaikuttaminen) niillä on vähäinen vaikutus toimintakäytäntöön ainakin lyhyellä aikavälillä (Lomas ym. 1989). Hoitosuositusten implementaatioissa tarvitaan useita menetelmiä: tiedon lisäksi toimintakäytännön muutosta edesauttavia toimenpiteitä (esim. henkilökohtainen ohjaus) tai vahvistavia toimenpiteitä (esim. palaute) (Davis ym. 1995). Yksi lupaavimpia hoitosuositusten implementaatiost

Hoitosuositusten implementaatio on yksi keskeinen terveydenhuollon kehittämisen haaste. Näyttöön perustuvan suosituksen julkaisemista voidaan pitää primaari-interventiona, jonka tueksi rakennetaan sekundaari-interventioita (Davis ja Taylor-Vaisey

1997). Hoitosuosituksen alueellista käsittelyä tukemaan voidaan esimerkiksi tuottaa samaan aikaan julkaistavaa, hoitosuosituksen aihepiiriin liittyvää aineistoa.

Epidemiologinen näkökulma korostaa lääkärin rationaalista vaihtoehtojen punnintaa ja päätöksentekoa. Lääkärit tuntevat huonosti lääkkeisiin liittyviä hoitosuosituksia ja toisaalta pelkkä tieto ei vielä takaa suositusten noudattamista. Ruotsalaisille lääkäreille tehdyssä kyselytutkimuksessa alle puolet oli lukenut ja kolmasosa oli kuullut viisi vuotta aiemmin annetusta hoitosuosituksesta (NBHW's guidelines) bentsodiatsepiinien käytöstä (Järbrink 1999). Kreikkalaistutkimuksessa astman hoitokäytäntöön liittyvään kyselyyn vastanneista yleislääkäreistä neljäsosa ilmoitti seuraavansa kansallisessa lääkrilehdessä julkaistuja suosituksia (Gourgoulanis ym. 1998).

Behavioristinen näkökulma

1.1.1.9 Toiminnan arviointi ja palaute (audit and feedback)

Palautteen antaminen toimintakäytännöistä perustuu ajatukseen, että tiedottaminen lääkäreille näiden kollegoista ja suosituksista poikkeavasta käytännöstä motivoi lääkäriä muuttamaan toimintatapojaan (Soumerai ym. 1989). Palaute voi olla yleisellä tai henkilökohtaisella tasolla. Lääkekäytäntöjen muuttamisessa palaute voi olla kirjallista tai elektronista ja siihen on saatettu liittää ehdotuksia tai suosituksia. Suomessa on käytössä vuosittain julkaistava Suomen lääketilasto, joka antaa palautetietoa yleisellä tasolla, sekä henkilökohtaisella tasolla palautetta antava Kelan reseptikooste. Reseptikooste on saanut pääasiassa hyvän vastaanoton lääkäreiltä (Lahnajärvi ym. 1997).

Auditoinnilla tarkoitetaan yleensä kokonaisvaltaisempaa lääkärin toiminnan arviointia ja siitä annettavaa palautetta, johon yleensä liittyy keskusteluja ja koulutusta. Useita menetelmiä yhdistävästä auditoinnista lääkekäytäntöjen muuttamisessa on joitain tutkimuksia. Ruotsalaistutkimuksessa lääkärit saivat henkilökohtaisen palautetta ja vertailutietoa hengitystieinfektioiden lääkekäytännöistään sekä osallistuivat keskusteluihin (Melander ym. 1999).

Palautteen antamista käytetään usein muiden interventioiden yhteydessä. Palaute toiminnasta toimii parhaiten muihin interventioihin (koulutus, auditointi) yhdistettynä, ajallisesti lähellä päätöksentekoa ja sellaisten lääkäreiden osalta, jotka ovat jo päättäneet arvioida toimintakäytäntöään (Mugford, Banfield ja O'Hanlon 1991). Katsaus-ten mukaan lääkekäytäntöjen muuttamisessa *henkilökohtainen palaute* (Soumerai ym. 1989) yhdistettynä muutossuosituksiin (Anderson ja Lexchin 1996) tai keskusteluun vertaisryhmässä (le Grand ym. 1999) saattaa parantaa lääkekäytäntöjä. Viimeaikaisissa katsauksissa näkemykset eivät ole olleet yhtä positiivisia (Davis ym. 1995, Bero ym. 1998).

Auditoinnin ja palautteen eri komponenttien – kuten sisältö, lähde, vastaanottaja, ajoitus, muoto - vaikutusta lääkärin toimintaan on tutkittu hyvin vähän (O'Brien ym. 2000). Näitä tekijöitä muuntelemalla voidaan olettaa löytyvän hyvinkin tehokkaita keinoja lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttamiseen.

1.1.1.10 Muistutukset (reminders)

McDonaldin (1976) mukaan useat lääkärin tekemät virheet eivät johdu lääkärin puutteellisista tiedoista vaan ihmisen rajallisesta muistikapasiteetista. Tästä lähtökohdasta on kehitetty erilaisia muistutusjärjestelmiä, joita voidaan toteuttaa tietokonevälitteisesti (esim. Chambers ym. 1989, Litzelman ym. 1993, Tape ja Campbell 1993) tai liittämällä muistutus manuaalisesti potilasasiakirjoihin (esim. Cheney ja Ramsdell 1987, Cohen ym. 1987, Cowan, Heckerling ja Parker 1992). Myös puhelimitse ja postitse toteutettuja muistutuksia on testattu (Brimberry 1988). Muistutusten tarkoituksena on auttaa lääkäreitä toimimaan tietyssä kliinisessä tilanteessa asianmukaisella tavalla, esimerkiksi hoitosuositusta noudattaen,

Useimmat muistutusten vaikuttavuuteen liittyvät tutkimukset on tehty ehkäisevän terveydenhuollon alueella. Muistutukset ovat useissa tutkimuksissa olleet tehokas tapa vaikuttaa lääkärin toimintaan, mutta vaikutus ei useimmiten ole pysyvä intervention lopettamisen jälkeen.

Lääkekäytäntöjen alueella muistutukset ovat yleensä elektronisesti toteutettuja ja niiden ideana on antaa välitöntä palautetta epäasianmukaisesta lääkekäytännöstä. Ohjelmat muistuttavat esimerkiksi lääkkeiden yhteisvaikutuksista (Helin-Salmivaara ym. 2000). Myös Suomessa on kehitetty ohjelmia, jotka voivat muistuttaa yhteisvaikutuksista (esim. ATU-Line) Katsausten mukaan muistutukset saattavat olla toimivia ainakin joidenkin sairauksien lääkekäytäntöjen muuttamisessa (Soumerai ym. 1989, Bero ym. 1998).

Markkinoinnin näkökulma

Markkinoinnin näkökulma perustuu Grolin (1997) mukaan houkuttelevan ”tuotteen”, kuten hoitosuosituksen tai muutosehdotuksen, kehittämiseen ja ”myymiseen” kohderyhmälle. Olennaista on, että ”tuote” vastaa kohderyhmän tarpeisiin ja edesauttaa heidän tavoitteidensa saavuttamista. Tietoa voidaan välittää henkilökohtaisesti tai tiedotusvälineiden kautta, kuten myös asiantuntijoiden verkostojen välityksellä sekä mielipidejohtajien kautta. Olennaista on, että tiedonvälitys tapahtuu useita kanavia käyttäen.

Sosiaalisen vuorovaikutuksen näkökulma

Lääkäreiden lääkekäytäntöihin on yritetty vaikuttaa *potilaiden kautta*. On vaikea erottaa toisistaan interventioita, joiden tavoitteena on potilaiden komplianssin parantaminen ja niitä, joiden tavoitteena on parantaa lääkekäytäntöjä. Potilaan ja lääkärin välisten vuorovaikutusongelmien, väärinkäsitysten ja oletusten on todettu vaikuttavan sekä komplianssiin että lääkekäytäntöihin ja lääkkeisiin liittyvän vuorovaikutuksen parantaminen voi olla keino parantaa myös lääkekäytäntöjä (Britten ym. 2000). Potilaat saavat usein tietonsa lääkkeistä joukkotiedotusvälineistä varsinaisen lääkemarkkinoinnin lisäksi.

Mielipidejohtajat olivat jo Colemanin ym. (1959) mukaan merkittäviä uuden lääkkeen käyttöönotossa. Tutkimustulokset mielipidejohtajista lääkekäytäntöjen kohdalla ovat

olleet ristiriitaisia. Peay ja Peay (1988) tekemässä haastattelututkimuksessa tematsesaamin käyttöönotosta valmisteen ensimmäisinä käyttöön ottaneet lääkärit eivät toimineet mielipidejohtajina muille lääkäreille. Toisaalta samojen tutkijoiden australialaisille lääkäreille tehdyssä haastattelututkimuksessa kollegojen merkitys uuden lääkkeen käyttöönotossa oli huomattava (Peay ja Peay 1990).

Organisatorinen näkökulma

Organisatorinen näkökulma korostaa organisaatiota muutoksen mahdollistajana ja toisaalta hyvän laadun puutetta järjestelmän eikä niinkään yksilön suorituksen ongelmana. Laatutyöskentelystä terveydenhuollon piirissä saatujen kokemusten valossa vaikuttaa siltä, että tällä menetelmällä voidaan huomattavasti kehittää toimintakäytäntöjä. Tutkimuksellista näyttöä laatutyöskentelyn vaikuttavuudesta on kuitenkin toistaiseksi vähän. (Grol 1997). Laatutyöskentelyssä on keskeistä, että muutoksen ylläpitäminen edellyttää palaute- ja seurantajärjestelmien kehittämistä.

Pakotteet

Pakotteiden käyttö muutosstrategiana perustuu kontrolliin ja tiukkoihin säännöksiin sekä niiden valvontaan (Grol 1997).

Hallinnollisten rajoitusten käytössä on periaatteessa kaksi vaihtoehtoista lähtökohtaa: esteiden luominen epärationaaliselle toiminnalle tai tavoiteltujen toimintamallien tukeminen poistamalla rationaalisen toiminnan esteitä (Greco ja Eisenberg 1993). Hallinnollisin määräyksiin ja lainsäädännöllisin keinoin voidaan tehokkaasti vaikuttaa lääkäreiden toimintaan. Tämä rajoittaa kuitenkin lääkärin työn professionaalista, itesääteilyyn perustuvaa luonnetta.

Yksittäisten lääkäreiden tai yhteisvastaanottojen *lääkebudjetit* on käytössä mm. Iso-Britanniassa, Irlannissa ja Saksassa (Wallenius ym. 1997, Raappana 2000). Iso-Britanniassa ja Irlannissa lääkebudjetit olivat osa perusterveydenhuollon fundholding-järjestelmää. Lääkäreiden on toimittava lääkebudjetin puitteissa. Lääkärit saavat palautetta ja suosituksia lääkekäytännöistä, kannustimena osa mahdollisesti syntyvistä säästöistä palaa lääkäreille vastaanoton kehittämiseen ja lisäksi tarjolla on koulutusta. Järjestelmän alkuvaiheessa alueellisissa vertailuissa lääkebudjetit lisäsivät geneeristä reseptinkirjoittamista, laskivat kesimääräisiä kustannuksia ostokertaan kohden edesauttavat paikallisten hoitosuosittelujen ja peruslääkevalikoimien käyttöä sekä hidastivat lääkekustannusten nousua. (Wallenius ym. 1997, Raappana 2000) Saksassa kannustimena oli budjettien ylityksen vähentävä vaikutus lääkäreiden tuloihin. Tiedot järjestelmän vaikutuksista olivat kuitenkin ristiriitaisia. (Wallenius ym. 1997).

Iso-Britanniassa useilla alueellisilla terveysviranomaisilla (health authorities, primary care groups) on nykyään käytössä väestöperusteisia lääkebudjetit. Väestöperusteisten lääkebudjettien laatiminen ei ole ongelmatonta. Väestöperusteisessa budjetissa otetaan yleensä huomioon väestön ikä, sukupuoli ja sairastavuus (Majeed ja Head 1998, Rice ym. 2000). Väestöperusteisten budjettien lisäksi on edelleen käytössä muita malleja, kuten budjetin laatiminen edellisen vuoden toiminnan perusteella (Greehalgen 1998, Baines ja Parry 2000). Lääkebudjetit ovat joissain tapauksissa

johtaneet paljon lääkkeitä tarvitsevien potilaiden turhiin läheteisiin (Christensen 2000)

Lääkäreiden palkkausjärjestelmillä on yritetty vaikuttaa lääkekäytäntöihin. Joissain järjestelmissä on käytetty lääkäreiden siirtymistä suoritepalkkaukseen tai siitä pois keinona vaikuttaa lääkekäytäntöihin. Hollannissa on pyritty lisäämään geneeristen lääkkeiden kulutusta ottamalla käyttöön palkkioita lääkkeiden myyjille apteekeissa (Christensen 2000).

Geneeriset lääkkeet pyrkivät vaikuttamaan sekä tuottajiin että lääkäreihin. Geneeristen valmisteiden käytössä on huomattavia kansallisia eroja (Christensen 2000). Suomessa kokeiltiin geneeristä substituuutiota ja myöhemmin siirryttiin geneeriseen määräämiseen. Kumpikaan järjestelmä ei saavuttanut lääkäreiden suosiota.

ARVIOINTITUTKIMUS

Lähestymistapa

Arviointitutkimuksella tarkoitetaan yhteiskuntatieteellisten tutkimusmenetelmien systemaattista soveltamista yhteiskunnallisen toimintaohjelman käsitteiden, lähestymistavan, suunnitelman ja hyödyn arvioinnissa. Arviointia tehdään monia tarkoituksia varten: käynnissä olevien ohjelmien arvon määrittämiseksi ja niitä koskevien muutostoenpiteiden hyödyllisyyden arvioimiseksi; uusien ohjelmien ja aloitteiden hyödyllisyyden arvioimiseksi; ohjelmien toteutuksen ja johtamisen tehostamiseksi; sekä erilaisten vastuusuhteiden toteutumisen varmistamiseksi (Rossi ja Freeman 1982). Kyseiset kirjoittajat korostavat, että uusien käynnistettävien (heidän terminologiansa mukaan innovatiivisten) ohjelmien arvioinnissa korostuu **käsitteellistämis-** ja **toteutusvaiheiden** analysointi, kun taas ohjelman vaikutusten tai **tuloksellisuuden** arviointi on vaikeampaa kuin vakiintuneiden ohjelmien tai ”hienosäätöä” sisältävien ohjelmien arvioinnissa. Käsitteellistämisvaiheeseen kuuluu ongelman kuvaaminen, tavoitteiden määrittely ja operationalisointi, mahdollisen intervention mallintaminen, kohdeväestön tunnistaminen ja kuvaaminen sekä toteutusohjelman analysointi. Toteutusvaiheeseen kuuluu hankkeen seuranta ja *formatiivinen* arviointitutkimus (toteutusta - ja sen muuttamista tukevan - palautetiedon tuottaminen).

Rohto-projektin arviointia on toteutettu noudattaen Stevrinin (1991) kuvaamaa neljää lähestymistapaa. Ensinnäkin toimintaohjelman *vaikuttavuuden* arvioinnissa tulisi ottaa huomioon neljä näkökulmaa: tavoite-, prosessi-, toimija- ja hyötynäkökulmat. Näkökulmien keskinäinen riippuvuus huomioidaan esimerkiksi tavoitteiden toteutusta arvioitaessa. Toinen lähestymistapa on *oppimisen* lähestymistapa: arvioinnin tulisi tuottaa tietoa siitä miten ohjelmaa (joko sen päätyttyä tai sen kestäessä) voidaan parantaa (esimerkiksi suhteessa eri vaikuttavuuden näkökulmiin). Kolmatta lähestymistapaa Stevrin kutsuu *tilannelähestymistavaksi*. Ohjelma toteutetaan tietyssä ajankohtana, jolloin vallitsevat olosuhteet saattavat olla ainutlaatuisia tai erityisellä tavalla toteutukseen vaikuttaneita. Niiden kuvaaminen on siten ensiarvoisen tärkeää. Neljänneksi toimintaohjelman arviointi tähtää *tulevaisuuteen*. Ohjelmalla voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia, joiden ennustaminen tulisi huomioida ohjelman tulosten arvioinnissa. Ohjelman hyödyllisyys on myös riippuvainen siitä, että sitä tai siinä syntynyttä kokemusta ja osaamista voidaan käyttää tulevaisuudessa hyväksi.

Vaikka arvioinnissa käytetään usein samoja menetelmiä kuin koulutuksen tutkimuksessa, eivät tulokset ole yhtä laajalti yleistettävissä. Wilkes ja Bligh kuvaavat neljä eri lähestymistapaa arviointiin. *Osallistujakeskeisessä* lähestymistavassa käytetään tuloksellisuuden indikaattoreina yksittäisten osallistujien oppimistuloksia. *Koulutusohjelmaa* tarkasteltaessa verrataan osallistujien oppimistuloksia kokonaisuutena koulutusohjelman tavoitteisiin. Koulutusta arvioitaessa voidaan myös tarkastella koko *koulutusorganisaation* tai *järjestäjätahon* toimintaa. Neljäs lähestymistapa arvioinnissa on tarkastella koulutusohjelmaa eri *sidosryhmien* (stakeholders) näkökulmasta. (Wilkes ja Bligh 1999)

Formatiivinen arviointi tarkoittaa ohjelman sisäistä arviointia, joka yleensä toteutetaan osana kehittämisprosessia. Formatiiivinen arviointi edeltää summatiivista ar

viointia, jossa systemaattisesti arvioidaan 'valmiin' ohjelman toteutusta ja tuloksellisuutta. Yleensä summatiivisessa arvioinnissa verrataan keskenään kahta tai useampaa ohjelmaa. Summatiivinen arviointi toteutetaan systemaattisemmin kuin formatiivinen arviointi, se perustuu malliin ja sisältää jonkin asteisen vertailun. (Tuckman 1994)

Formatiivisessa arvioinnissa lähestymistapana on usein tapaustutkimus. Tilanteessa, jossa tutkijoilla on hyvin rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa intervention toteutukseen, tapaustutkimus on perusteltu valinta tutkimukselliseksi lähestymistavaksi. (Yin 1994) Tapaustutkimuksessa perehdytään yksittäisen toimintayksikön, esimerkiksi koulutus- tai kehittämisohjelman, yksilöllisiin ominaisuuksiin. Tavoitteena on analysoida syvällisesti tiettyä ohjelmaa pyrkien näin saavutettavan ymmärryksen pohjalta vetämään laajemmin yleistettäviä johtopäätöksiä.

Tapaustutkimus tapahtuu osana toimintaa ja samalla vaikuttaa tähän toimintaan. Raportointi eroaa usein muista tutkimuksellisista lähestymistavoista siinä suhteessa, että raportointimuoto on vapaamuotoisempi ja avautuu helpommin myös lukijalle joka ei ole perehtynyt aihepiiriin tarkemmin. Olennaista on, että tapaustutkimuksen raportoinnissa esitellään materiaalia niin perusteellisesti, että lukija voi vetää aineistosta omat johtopäätöksensä (Cohen & Manion, 1994).

Lääketieteellisen koulutuksen arvioinnin perimmäinen tarkoitus on auttaa kouluttajia kehittämään koulutusta (Wilkes ja Bligh 1999). Arviointiprosessi muodostuu koulutuksen monitoroinnista ja sen tuloksen kootun aineiston pohjalta vedettävistä johtopäätöksistä. Yksi arvioinnin tärkeimmistä tehtävistä on (monitoroinnin kautta) kuvata, mitä koulutushankkeessa tapahtuu.

Arviointiprosessi

Arvioinnin alkuperäiset tavoitteet ja toteutustapa

Koko hankekaudeksi laaditun arviointisuunnitelman (14.01.1999) mukaan arviointitutkimuksen tehtävänä oli tukea hankkeen toteutusta ja arvioida sen vaikutuksia.

Tutkimuksen yleiset tavoitteet pohjautuivat Rohto -projektin yleistavoitteisiin ja olivat seuraavat:

- Seurata ja arvioida projektin etenemistä sekä tuottaa ajantasaista tietoa projektin suunnittelijoille, toteuttajille ja eri sidosryhmille.
- Myötävaikuttaa lääkkeenmääräämiskäytäntöjen kehittymiseen liittyvän tiedon lisääntymiseen.
- Tuottaa tietoa erilaisten täydennyskoulutusmenetelmien tuloksellisuudesta ja toimivuuden edellytyksistä suomalaisessa lääkärikunnassa sekä kehittää täydennyskoulutuksen arviointimenetelmiä.

Tutkimuksen erityistavoitteet liittyivät Rohto -projektin yksityiskohtaisiin tavoitteisiin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin.

Erityistavoitteena oli:

- selvittää muuttuvatko lääkkeenmääräämiskäytännöt tutkimustiedon mukaiseen suuntaan
- arvioida kehittykö lääkäreiden kyky oman toiminnan kriittiseen arviointiin
- arvioida käytettävien koulutus- ja tiedonvälitysmallien toimivuutta.
- seurata syntykö tutkimustietoon perustuvia alueellisia hoitomalleja ja -ohjelmia.
- tarkastella muutoksia hoitovalintojen osuvuudessa ja kustannustehokkuudessa eli hoitoprosessin kustannusvaikuttavuutta
- selvittää väheneekö tarpeeton lääkkeiden käyttö
- arvioida lisääntykö suomalaisten lääkäreiden terveystaloustieteellinen asiantuntemus
- arvioida projektin vaikutuksia itsehoitolääkkeiden käyttöön.

Rohto -projektin etenemistä suunniteltiin seurattavan ja arvioitavan keräämällä järjestelmällisesti tietoa eri vaiheiden etenemisestä ja raportoimalla projektin suunnittelijoille, toteuttajille ja sidosryhmille. Tiedonkeruussa oli tarkoitus käyttää sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia menetelmiä mahdollisimman monipuolisesti. Tiedonkeruun suunniteltiin kohdistuvan useisiin eri toimijaryhmiin ja toimintamuotoihin.

Erityistavoitteisiin sisältyviin kysymyksiin oli tarkoitus e.m. suunnitelman mukaan paneutua seuraavasti:

”1. Lääkkeenmääräämiskäytännön muuttuminen

Asiantuntijan toimintaa kuvaavan tutkimustiedon ja ryhmähaastattelujen pohjalta luodaan hypoteeseja lääkkeenmääräämiskäytäntöön vaikuttavista tekijöistä (‘ohjelmateoria’). Myös Kansaneläkelaitoksen tietoja lääkäreiden lääkkeenmäärämisprofiileista hyödynnetään. Näin muodostetaan malli siitä, miten lääkehoito muodostuu ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat huomioiden muutkin kuin yksittäisen lääkärin päätöksentekoon vaikuttavat tekijät.

Mallia testataan ja tarvittaessa tarkennetaan kyselyjen sekä haastattelujen avulla. Mallin pohjalta selvitetään yksittäisten lääkäreiden kohdalta mahdollisia muutoksia lääkkeenmääräämiskäytännössä tai siihen vaikuttavissa tekijöissä.

Arviointitutkimuksessa seurataan, muuttuuko lääkkeenmääräämiskäytäntö tutkimustiedon suuntaan ennalta määritetyissä, seurantaryhmän tärkeinä pitämässä lääkelaineryhmissä (esimerkiksi antibiootit, verenpainelääkkeet ja masennuslääkkeet). Seurannassa nojaututaan Kansaneläkelaitoksen tietokantoihin. Tiettyjen sairauksien osalta on erityisen tärkeää tarkastella hoitoprosessia kokonaisuutena (esimerkiksi astma ja diabetes) eikä keskittyä yksinomaan lääkkeiden määräämisen seurantaan.

Seurannassa käytetään tiedonkeruumenetelminä lääkkeenmääräämistilastoja, yhteistyöverkostojen kokousten havainnointia sekä haastatteluja. Arviointiosuus toteutetaan yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen tutkimusyksikön kanssa.

2. Oman toiminnan kriittinen arviointi

Asiantuntijoiden toimintaa käsittelevän kirjallisuuden ja haastattelujen pohjalta laaditaan kysely, jolla selvitetään lääkärin reflektiivistä toimintaa asenteiden ja toiminnan tasolla. Kyselyissä reflektiivisyys operationalisoidaan käytännön toimintaa kuvaavalle tasolle, jolloin kyselyyn sisältyy osioita esimerkiksi oman toiminnan seurannasta, palautteen merkityksestä omassa työssä ja omien kehitystarpeiden tiedostamisesta.

Tutkimuksen aikana seurataan toistuvien kyselyin, onko eri interventioilla vaikutusta reflektiivisyyteen ja siten oman toiminnan kriittiseen arviointiin. Oman toiminnan kriittisen arvioinnin kehittymistä voidaan seurata myös vastaanottotilanteiden havainnoinnin ja haastattelujen avulla.

3. Koulutusprosessin arviointi

Koulutusprosessin arvioinnissa korostuu toimintatutkimuksellinen ote. Toimintafoorumeita ja koulutustilaisuuksia havainnoidaan ja niistä kerätään strukturoitu osallistujapalaute. Koulutukseen osallistuneille järjestetään myös ryhmähaastatteluja, joissa syvennetään muilla menetelmillä koottua tietoa. Yhteenveto palautteesta toimitetaan koulutuksen suunnittelijoille ja toteuttajille käytettäväksi tulevien koulutusinterventioiden suunnittelun ja kehittämisen tukena. Alueellisten interventioiden yksityiskohtaisempi arviointi suunnitellaan yhdessä niiden toteuttajien kanssa paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaksi.

4. Tutkimustietoon perustuvien alueellisten hoitomallien ja -ohjelmien syntyminen

Tällä hetkellä alueellisia hoitomalleja ja -ohjelmia kehitetään useissa sairaanhoitopiireissä eri potilasryhmien hoitoa ajatellen, joten Rohto -projektin vaikuttavuus tällä osa-alueella on todennäköisesti vaikeaa osoittaa. Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena valita case-tyyppinen lähestymistapa, jossa seurataan muutaman sairaanhoitopiirin osalta paikallistasolla alueellisten hoito-ohjelmien muodostumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Menetelminä käytetään kyselyjä ja haastatteluja sekä alueellisen toiminnan dokumentointia.

5. Hoitovalintojen osuvuus ja kustannustehokkuus

Tutkimuksen tässä osassa seurataan sairaanhoitopiiritasolla kustannuskehitystä. Mikäli muuten vertailukelpoisten sairaanhoitopiirien välillä ilmenee suuria kustannuseroja, selvitetään tapaustutkimuksena tähän vaikuttavia tekijöitä.

6. Tarpeettoman lääkkeiden käytön vähentäminen

Tutkimuksen tämä osa toteutetaan yhteistyössä Mikstra -hankkeen kanssa seuraten antibioottien käyttöön vaikuttavien interventioden tehokkuutta tarpeettoman lääkkeiden käytön vähentämisessä. Mikstra -hankkeesta on muutenkin varsin nopeasti saatavissa lääkkeenmääräämiskäytäntöjä koskevaa tietoa, jota on syytä hyödyntää Rohto -projektissa.

7. Terveystaloustieteellisen tiedon ja asiantuntemuksen lisääntyminen

Tutkimuksessa lähtökohtana on lääkäreiden tämänhetkisen terveystaloustieteellisen tiedon ja ajattelutavan tarkastelu, erityisesti koskien lääkehoitoa. Menetelminä käytetään haastatteluja, joiden pohjalta laaditaan tarvittavat kyselyt. Kyselyjen ja haastattelujen avulla voidaan seurata terveystaloustieteellisen ajattelutavan muutosta ROHTO -projektin aikana

8. Potilasinformaatio

Potilasinformaation vaikuttavuuden tarkastelun lähtökohtana on selvittää, kuinka laajalti informaatio leviää ja kuinka se ymmärretään. Tutkimus kattaa tältä osin myös apteekkien henkilökunnan roolia. Tätä kautta päästään tarkastelemaan potilasinformaation vaikuttavuutta potilaiden käyttäytymiseen.

Tutkimuksen tämä osa toteutetaan ryhmähaastatteluin, joissa kootaan haastatteluryhmiä niin maallikoista, lääkäreistä, hoitohenkilökunnasta kuin apteekkihenkilöstöstäkin.”

Arviointitutkimuksen muotoutuminen

1.1.1.11 Vuosi 1999

Rohto –projektin seurantaryhmä asetti syksyllä 1998 neuvotteluryhmän, joka muodostui projektipäälliköstä sekä sosiaali- ja terveysministeriön, Kansaneläkelaitoksen ja Suomen kuntaliiton edustajista, sopimaan tutkijoiden kanssa arvioinnin yksityiskohtaisesta toteuttamisesta. Neuvotteluryhmä totesi 19.10.1998 ja 8.1.1999, että Rohto -projekti etenee asteittain, joten myös arviointitutkimusta on suunniteltava rajattuina osina projektin edetessä. Arviointi päätettiin käynnistää keskittymällä vaikuttavuustutkimukseen, mutta siten että painopiste oli alueellisissa hankkeissa. Tämän vuoksi oli ensin kartoitettava alueellisten ryhmien suunnitelmat ja operationalisoitava niille asetetut tavoitteet sekä tutustuttava alueellisiin toteutussuunnitelmiin. Seurantaryhmä hyväksyi 22.1.1999 neuvotteluryhmän sopimat arvioinnin konkretisoidut suunnitelmat vuodelle 1999 sekä valtuutti neuvotteluryhmän sopimaan yksityiskohtaisesti arvioinnin toteuttamisesta sekä toimimaan projektin yhdyshenkilöinä suhteessa tutkimusryhmään. Sosiaali- ja terveysministeriö arviointitutkimuksen toimeksiantajana solmi sopimuksen tutkijaryhmän kanssa ja hyväksyi arviointisuunnitelman liitteineen.

Arviointitutkimuksen käynnistämisestä sovittiin yksityiskohtaisemmin projektipäällikkö Arja Helinin kanssa 10.2.1999. Tässä yhteydessä todettiin, että maaliskuun 1999 loppuun mennessä tutkimusryhmä toteuttaa esiselvityksen, jossa perehdytään alueellisiin toteutussuunnitelmiin ja niiden tavoitteisiin. Tutkijaryhmä sai tehtäväkseen koota 6.5.1999 järjestettävään alueellisten kouluttajien tapaamiseen mennessä palautetta kouluttajien rekrytoinnista, alueellisesta koulutuksesta sekä käynnistysvaiheesta yleisemmin.

Arviointi käynnistyi tammikuussa 1999 alueellisten koulutusryhmien tavoitteita ja toimintaa koskeneella kartoitustyöllä. Alueellisilta yhdyshenkilöiltä pyydettiin tutustuttavaksi kirjalliset toimintasuunnitelmat, ja lisäksi arviointiryhmä teki lisätiedusteluja puhelimitse ja sähköpostitse. Samalla lähetettiin yhdyshenkilöille heidän aikaisempaa kouluttajakokemustaan ja Rohto –projektia koskevia tavoitteita kartoittanut kysely. Kevään 1999 aikana suunniteltiin myös yhteistyössä projektipäällikön kanssa alueellisen koulutuksen seuranta. Välineiksi valittiin yhdyshenkilöiden portfolioit sekä koulutukseen osallistuneille tarkoitetut oppimispäiväkirjat. Portfolioiden oli tarkoitus tukea yhdyshenkilöiden työskentelyä sekä lisäksi tuottaa arviointiryhmälle tietoja koulutustilaisuuksien suunnittelu- ja kehitystyöstä, valmistelukokouksista sekä koulutustilaisuuksien toteutumisesta.

Seurantaryhmä käsitteli 4.5.1999 arviointitutkimuksen ensimmäistä väliraporttia (alueellisten koulutusryhmien tavoitteita ja toimintaa koskenut kartoitus). Keskustelussa nousivat esille alueellisten toimijoiden pedagogisen tuen ja keskitetysti toimitetun materiaalin tarve koulutuksia varten. Arviointiryhmä korosti, että hankkeen tavoitteiden kirkastaminen olisi arviointitutkimuksen kannalta tärkeää. Arviointiryhmä esitti pohdittavaksi myös sen, mitä muita koulutusmenetelmiä voitaisiin käyttää kuin lanseerattua ongelmalähtöistä lähestymistapaa, sekä läheisempää yhteistyötä Mikstra- ja Rohto –hankkeiden kesken. Lisäksi arviointiryhmä ehdotti syvällisemmän arvioinnin kohdistamista kolmeen alueelliseen koulutusryhmään. – Seurantaryhmä hyväksyi tehdyt esitykset periaatteessa. Se myös nimesi neuvotteluryhmään vielä yhden Kansaneläkelaitoksen edustajan sekä valtuutti sen tekemään arviointitutkimukseen liittyviä päätöksiä seurantaryhmän asettamien rajojen puitteissa.

Neuvotteluryhmässä käytiin 11.6.1999 yksityiskohtainen keskustelu projektin toteutuksesta ensimmäisen väliraportin jälkeen. Arviointiryhmän esityksestä arviointihankkeeseen päätettiin sisällyttää syksyllä 1998 toteutetun lääkärikyselyn ns. avovastausten analysointi sekä lääkäreiden terveystaloustieteellistä tietämystä koskevan kysely. Koska kouluttajien portfolioiden ja osallistujien täyttämien oppimispäiväkirjojen avulla ei saatu riittävästi tietoja alueellisesta toiminnasta päätettiin liittää tiedonkeruuseen osallistuva havainnointi siten, että tutkija käy vähintään yhdessä jokaisen yhdyshenkilön järjestämässä koulutustilaisuudessa. Käydyssä keskustelussa korostettiin tarvetta arvioida lääkkeenmääräämiskäytäntöä potilas- tai diagnoosiryhmäkohtaisesti. “Oikea käytäntö” on ulkoa päin tuleva normi, joka myös toimii mittatikkuna. Normi on kuitenkin paikallisesti hyväksyttävä. Vaikuttavuusmitareista hoitotulos edellyttää pitkäjänteistä seurantaa; lyhyen aikavälin arvioinnin tulee keskittyä lääkemääräyksiin (esim. yksittäisten lääkäreiden lääkkeenmääräämisprofiilit). Tavoitteena on myös lisätä lääkäreiden itsekriittisyyttä – siihen voisi vaikuttaa oman reseptuurin tutkiminen. Lääkärikyselyssä ei nostettu esille sairauskohtaisia ongelmia vaan interaktioita, polyfarmasiaa ja tietojen päivitykseen liittyviä haasteita.

Seurantaryhmässä jatkettiin tavoitteiden täsmentämistä 16.8.1999. Todettiin, että päämääränä on entistä rationaalisempi lääkehoito (tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen). Keskustelussa hyväksyttiin lääkärikohtaiset kriteerit rationaalisen lääkehoidon toteuttamisesta. Tavoitteeksi asetettiin se, että lääkäri tuntisi käyttämänsä valmisteet ja jokaisella olisi perusteltu henkilökohtainen lääkevalikoima oman vastaanottonsa keskeisten ongelmien hoitoon.

Neuvotteluryhmässä käsiteltiin 13.09.1999 seurantaryhmän projektin tavoitteita koskevia tarkennuksia. Niiden toteutumisen arvioinnista todettiin seuraavaa:

- Tavoite "kannustaa lääkäreitä arvioimaan omia hoito- ja toimintakäytäntöjään sekä tarvittaessa muuttamaan niitä hoidon tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaaliseen suuntaan" edellyttää alueellisten ryhmien toiminnan laadullista analyysia. Mahdollisina "tracer"-indikaattoreina voidaan käyttää lääkehoidon indikaatioiden toteutumista.

- Tavoite "tuottaa ja välittää hoitokäytäntöjen arvioinnissa tarvittavaa tietoa sekä tukea ko. tiedon tuottamista" voidaan selvittää esimerkiksi luettelemalla julkaistun tiedon määrää sekä selvittämällä lääkärien asenteita lääkäriskyselyn avulla.

- Tavoitetta "kehittää toiminnan rakenteita siten, että ne mahdollistavat muidenkin, rationaalista hoitoa tukevien ohjelmien ja toimenpiteiden sekä täydennyskoulutuksen jatkamisen projektivaiheen jälkeen" voidaan tarkastella analysoimalla alueellisten ryhmien toimintaa, joka antaa osviittaa onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä ja edistymistä haittaavista tekijöistä.

Rohto -projektin tarkennettuja tavoitteita, toimintasuunnitelmaa sekä Rohto -projektista ja sen arvioinnista saatuja kokemuksia käsiteltiin neuvotteluryhmässä syksyn 1999 aikana (11.10.1999, 1.11.1999, 13.12.1999). Näitä koskevat yhteiset näkemykset koottiin vuotta 2000 koskevaksi arviointisuunnitelmaksi, joka hyväksyttiin seurantaryhmässä 14.12.1999. Neuvotteluryhmän jäsenet pohtivat mahdollisuuksia ja vaikeuksia arvioida projektin vaikuttavuutta. Sen todettiin vaativan pitkän aikavälin seurantaa. Lyhyellä tähtäyksellä oli keskityttävä "välineellisiin indikaattoreihin" kuten reseptuurikirjoihin ja lääkäreiden tiedoissa ja asenteissa tapahtuneisiin muutoksiin. Pidettiin tärkeänä mahdollisuuksien mukaan ohjata projektin puitteissa tapahtuvaa toimintaa entistä selkeämmin keskittymään lääkkeenmäääämiskäytäntöihin. Uusina seikkoina tuotiin neuvotteluryhmän jäsenten toimesta esiin erityisesti koko projektia koskeva "tilintarkastus" (osahankkeiden ja aloitteiden "onnistuminen" ja siihen vaikuttaneiden tekijöiden kuvaaminen) sekä "pysyvien rakenteiden" mahdollinen syntyminen ja siihen vaikuttaneet seikat. Nämä tehtävät päätettiin sisällyttää vuoden 2000 arviointisuunnitelmaan, jonka neuvotteluryhmä 13.12.1999 päätti esittää seurantaryhmälle hyväksyttäväksi. Sen sijaan ryhmä päätti luopua lääkäreiden taloudellisten seikkojen tuntemusta ja asenteita selvittelevästä kyselytutkimuksesta.

Neuvotteluryhmä kokoontui 18.1.2000 käsittelemään vuonna 1999 toteutettua arviointia kuvaavaa raporttia. Se käsitteli alueellisen toiminnan analysoinnin sekä vuonna 1998 toteutetun lääkäriskyselyn koettuja lääkehoidon ongelmakohtia ja koulutustarpeita koskevien avovastausten tarkastelun. Neuvotteluryhmä hyväksyi yksityiskohtaiset selostukset ja esitti raporttiin liitettäväksi johtopäätösosan. Esityksen tuli olla tiivis. 4.2.2000 pidetyssä kokouksessa toimeksiantajan nimeämä valvoja ilmoitti, ettei

raporttiluonnos ollut tyydyttävä. Sen tulisi olla tutkimusraportin muotoinen mm. sisältäen kirjallisuuskatsauksen ja viitteet. Valvojan toivomusten mukainen väliraportti jätettiin 28.2.2000.

Vuonna 1999 keskustelu neuvotteluryhmässä painottui arvioinnin toteuttamista koskevien kysymysten käsittelyyn. Neuvotteluryhmässä ei syksyn 1999 aikana juuri keskitytty projektin etenemiseen eikä eri toimenpiteitä koskevaan palautetietoon. Projektin toteutusta koskeneen pohdinnan puuttuminen saattoi johtua siitä, että alueellista toimintaa kuvaavaa palautetietoa ei tiedonkeruuongelmien johdosta järjestelmällisesti esitetty kokouksissa.

1.1.1.12 Vuosi 2000

Toimeksiantajan edustajan esitettyä kritiikkiä arviointia koskevaa raportointia kohtaan järjestettiin 22.3.2000 neuvottelu toimeksiantajan edustajien ja arviointitutkimuksen vastuuhenkilön välillä. Tällöin sovittiin, että arviointiryhmä raportoi suoraan toimeksiantajan nimeämälle valvojalle sekä seurantaryhmälle ja lisäksi projektipäällikölle hänen toivomassaan laajuudessa. Arviointihankkeen toteutus ja arviointisuunnitelman tarkistukset päätettiin käsitellä valvojan ja vastuuhenkilön välisissä neuvotteluissa, joista sovittiin laadittavaksi kirjalliset muistiot. Käytännöksi muodostui kahden väliraportin ja koko vuotta koskeneen kirjallisen raportin laadinta. Valvoja ja vastuuhenkilö tapasivat vuoden 2000 aikana kolmasti.

Arviointitutkimusta käynnistettäessä nojaututtiin voimakkaasti formatiiviseen arviointiin, jolla pyrittiin tuottamaan projektin johdolle ajantasaista materiaalia projektin etenemisestä toimintamuotojen kehittämisen pohjaksi. Käytännössä tämä tapahtui edellä kuvatussa neuvotteluryhmässä. Vuoden 2000 alusta arviointitutkimuksen raportointi seurasi uutta toimeksiantajan kanssa tehtyä sopimusta. Raportointi oli aikaisempaa muodollisempaa ja se suoritettiin toimeksiantajan nimeämälle valvojalle. Ajateltu konsultatiivinen työtapasuhteessa Rohto-projektin johtoon ei niissä olosuhteissa toteutunut. Arviointiryhmä tapasi projektipäällikön ja projektilääkärin kahdesti – 27.3.2000 ja 7.6.2000 – jolloin käytiin läpi projektin tilannetta ja arviointia. 7.6.2000 suunniteltu tiiviimpi tietojen vaihto ei kuitenkaan myöhemmin toteutunut.

Arviointitutkimuksen vastuuhenkilö esitteli 7.5.2000 päivätyn arviointiraportin Rohto-projektin seurantaryhmässä 16.5.2000. Syksyllä kokeiltiin toisentyypeistä arviointitulosten käsittelyä seurantaryhmässä. 27.9.2000 päivättyä raporttia käytiin läpi erikseen koolle kutsutussa työkokouksessa, joka pidettiin 18.10.2000. Puheenjohtajan, projektipäällikön ja projektilääkärin lisäksi kokoukseen osallistui kuitenkin vain kaksi jäsentä.

Vuoden 2000 arviointisuunnitelmassa arviointitutkimuksen tavoitteet täsmennettiin. Tavoitteena oli

- seurata ja arvioida projektin etenemistä sekä tuottaa ajantasaista tietoa projektin suunnittelijoille, toteuttajille ja eri sidosryhmille sekä
- tuottaa tietoa Rohto –projektin toimintamalleista, erityisesti niiden toteutustavoista ja tuloksista sekä niihin edistävasti ja haittaavasti vaikuttaneista seikoista.

Arviointitutkimuksessa sovittiin kiinnitettävän ennen kaikkea huomiota

- niihin toimintamuotoihin, jotka osoittautuvat onnistuneiksi ja siten hyödynnettäviksi laajemmin Rohto -projektin päättymisen jälkeen,
- painottaen erityisesti vaikuttamismahdollisuuksia lääkäreiden lääkkeenmääräämis-käytäntöihin.

Yllä olevien tavoitteiden toteuttamiseksi arviointisuunnitelmaan sisällytettiin seuraavat neljä osaa:

1. Alueellisen toiminnan seuranta ja tuki

2. Ns. tilintarkastus

Kyseessä oli uusi tehtävä, jonka tarkoituksena oli tarkastella yleisemmin miten Rohto -projektin toimintasuunnitelmassa ilmaistut tavoitteet ja tehtävät toteutuivat. Tilintarkastuksen ulkopuolelle rajattiin vuoden 2000 projektin toimintasuunnitelman mainitsemat valtakunnalliset tehtävät 3 ja 7.

3. Valmistautuminen kokonaisarvioinnin suorittamiseen

Vuoden 2000 osalta tehtäväksi määriteltiin valmiuden ylläpitäminen kokonaisarvioinnin suorittamiseen Rohto -projektin päättyessä sekä sitä tukevan kirjallisuuskatsauksen työstäminen.

4. Rohtokyselyn uudistaminen

Arviointiryhmä otti kantaa Rohto -kyselyyn, mutta oli valvojan kannan mukaisesti osallistumatta sen toteuttamiseen.

Arviointiryhmän laatimat raportit perustuivat seuraaviin aineistoihin:

- alueellisen toiminnan dokumentoinnin yhteydessä tuotettu materiaali (oppimispäiväkirjat, portfoliot, yhdyshenkilöiden raportointi alueellisten ryhmien osallistumisaktiviteetista)
- havainnoinnit (alueellinen pienryhmätoiminta, kouluttajakoulutus, alueelliset työpajat)
- alueellisten yhdyshenkilöiden haastattelut
- ns. Rohto -pajojen osallistujille jälkikäteen postitetut kyselyt
- projektijohdon alueellisissa työpajoissa keräämät palautelomakkeet
- 'drop-out' kysely kaikkiin niihin terveyskeskuksiin, joista oli (tai oli ollut) osallistujia mukana alueellisessa pienryhmätoiminnassa
- ylilääkärikysely kaikkiin niihin terveyskeskuksiin, joista oli (tai oli ollut) osallistujia mukana alueellisessa pienryhmätoiminnassa
- asiantuntijoiden ja yleislääkäreiden toimittama materiaaalipakettien vapaamuotoinen ja strukturoitu arviointiaineisto
- eläytymismenetelmällä kootut näkemykset pienryhmätoiminnan tuloksellisuuden edellytyksistä ja esteistä
- seuranta- ja johtoryhmän kokousmuistiot
- seuranta- ja johtoryhmän jäsenten puhelinhaastattelut.

Vuoden 2000 ensimmäinen väliraportti kattoi Rohto -projektin toiminnan tammi-huhtikuun aikana 2000, ja se käsiteltiin seurantaryhmässä 16.5.2000. Se oli laadittu ottaen huomioon toimeksiantajan toivomukset selkeistä asiantuntijakannanotoista ja suosituksista. Arviointiryhmän toiseen väliraporttiin kerättiin arviointiryhmän havainnot Rohto-projektin toiminnasta edellisen raportin jättämisen jälkeen eli touko-elokuussa 2000. Sen lisäksi raportissa esitettiin kymmenen yhdyshenkilön haastatteluaineiston yksityiskohtainen analyysi, joka painottui projektin nykytilanteeseen, mutta heijasti kokemuksia alueellisesta toiminnasta koko projektin käynnissäoloaikana.

Arviointitutkimuksen formatiivisen elementin muuttuminen vuonna 2000 muodollisemmaksi raportoinniksi heijastui myös seurantaryhmän kannanottoihin arviointiryhmän suosituksiin.

Seurantaryhmän kokouksessa 16.5.2000 käsiteltiin arvioinnin vuoden 2000 kevättä koskevaa väliraporttia. Arviointityöryhmän vastuuhenkilö esitteli raporttia ja korosti Rohto -ohjelman voimavarojen rajallisuutta kunnianhimoisiin tavoitteisiin nähden. Keskustelussa todettiin väliraportin antavan hyödyllisiä suuntaviivoja projektin jatko-suunnittelulle. Arvioinnin koulutusta koskevien seikkojen suhteen päätettiin, että arviointiryhmä ja projektin toimiva johto käsittelevät niitä yhdessä. Päätettiin, että projektipäällikkö ja projektilääkäri laativat seuraavaan kokoukseen konkreettisen esityksen koskien arvioinnin johtopäätöksiä ja ehdotuksia kehittämistoimenpiteiksi. Seurantaryhmän kokouksessa 6.9.2000 projektipäällikkö referoi arviointityöryhmän kanssa pidetyn palaverin sisältöä. Tämän perusteella seurantaryhmä esitti mielipiteen, jonka mukaan arvioinnin tulee tukea kehittämishanketta. Päätettiin, että loppuvuoden toimintasuunnitelmaa konkretisoidaan, ja ensimmäisen vuosipuoliskon raporttiin voidaan sisällyttää myös arvioinnin näkemyksiä.

21.11.2000 pitämässään kokouksessa seurantaryhmä totesi, että arviointiryhmän suositukset otetaan huomioon voimavarojen sallimissa puitteissa. Arviointiryhmän esittämiä suosituksia kommentoitiin seuraavasti (suositus kursivilla):

- *Yhdyshenkilöiden koulutukseen tulisi panostaa aikaisempaa enemmän ja jokaisen kanssa tulisi laatia henkilökohtainen ohjaajan tehtäviin valmentava koulutus-suunnitelma.* ”Nykyisten voimavarojen ja vuodeksi 2001 asetettujen painopisteiden valossa se ei vaikuta mahdolliselta. Yhdyshenkilöille on tarjottu ohjaajakoulutusta ja tänä syksynä tarjotaan erityisesti. Osallistumisinnostus on yllättänyt, koska aikaisemmin heillä on ollut osallistumisesteitä.”
- *Tavoitteita voitaisiin täsmentää jakamalla toimintaa eri osaprosesseihin. Samalla niitä pitäisi kuvata riittävällä tarkkuudella.* ”Esimerkiksi vuotta 2001 koskeva ’projektista prosessiksi’ on käynnissä, mutta prosessin suunnittelu etukäteen olisi ennustamista. Lopputuloksesta (tavoitteista) tässä osahankkeessa olemme olleet yksimielisiä. Menettelytavat näyttävät vaihtuvan matkan edetessä. Harkitaan muiden osahankkeiden kohdalla.”
- *Olisi rakennettava elektronisia materiaalipaketteja.* ”Emme ryhdy toteuttamaan. Kohderyhmässä ei välitöntä tarvetta. Vaatii omaa erityisosaamista, työhön tarvittaisiin uusia voimavaroja. Nykyisiä materiaaleja ei siirretä elektroniseen muotoon, koska käyttäjät kokevat nykyiset toimivana.”
- *Olisi käytettävä asiantuntijaluentoja.* ”Tarpeen tullen, kun tarvitaan uuden tiedon jakamista. Rohto -hankkeen tavoitteissa ’muutos’ ja ’kriittinen arviointi ja pohdinta’ olleet etusijalla.”

- *On kokeiltava erilaisia koulutusmuotoja.* ”Lokakuun yhdyshenkilöiden koulutuksessa tarjottu uusia malleja.”
- *On keskitettävä huomiota ryhmien oppimistavoitteisiin.* ”Aiheeseen keskityttiin lokakuun koulutuksessa.”
- *Paikallisten asiantuntijoiden tiiviimpi kytkeminen mukaan.* ”Aiheesta keskusteltiin lokakuussa. Paikallisesti paras käsitys asiantuntijoista. Vaatii joskus paljon työtä, mutta yleisiä ohjeita valtakunnallisesti ei nähty järkeväksi.”
- *Pienryhmien jäsenten välinen kommunikointi sähköpostilla ja parityöskentely.* ”Hyvä vihje, viety eteenpäin.”
- *Lisättävä kouluttajavalmennusta.* ”Kaksi koulutusta syksyllä, keväällä 2001 toistaiseksi vain yksi.”
- *Lääkärin kompetenssin kyseenalaistaminen...uhkana?* ”Voi olla. Muutoksessa ja oppimisessa kyseenalaistaminen keskeistä.”
- *Dokumentaatiotapoja parannettava siten, että ne tukisivat itse hanketta!* ”Yritetty koulutuksessa paneutua tähän lokakuussa.”
- *Ryhmät osaksi terveyskeskuksen muuta koulutustoimintaa. Terveyskeskukset kytkettävä hankkeeseen.* ”Terveyskeskusten ja sen työntekijöiden sitoutuminen on välttämätön edellytys toiminnalle. Ei kaivata kuitenkaan virallisia sopimuksia organisaation kanssa. Lääkärien sitouttaminen toiminnan tasolla oleellista ja yhdyshenkilöt itse tekevät työsopimuksen, ei terveyskeskus.”

Vuoden 2000 toimintaa koskeva arviointiraportti laadittiin toimeksiannon mukaisesti. Raportin lisäksi tehtiin erillinen kirjallisuuskatsaus lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttamisesta, kohdistuen erityisesti lääkkeenmääräämiskäytäntöihin.

1.1.1.13 Vuosi 2001

Toimeksiantaja hyväksyi vuoden 2000 arviointiraportin tammikuussa 2001 ja pyysi ehdotuksen vuoden 2001 työsuunnitelmaksi 16.2.2001. Työsuunnitelmasta neuvoteltiin sähköpostitse, ja se liitettiin 19.3.2001 allekirjoitettuun toimeksianto-sopimukseen.

Sopimuksen mukaan arviointitutkimuksen tavoite vuonna 2001 säilyi siinä muodossa kuin se oli ilmaistu vuoden 2000 sopimuksessa ja arviointisuunnitelmassa. Suunnitelman mukaan arviointi jakaantuu kahteen osaan, ns. tilintarkastukseen ja kokonaisarviointiin. Tilintarkastus kattaa paikallisen ja alueellisen pienryhmätoiminnan sekä valtakunnalliset toimet. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, miten Rohto-projektin eri osat ovat toteutuneet, niitä edistäneisiin ja haitanneisiin tekijöihin, organisoitapoihin, valittujen toimintatapojen onnistuneisuuteen sekä projektin yleiseen etenemiseen. Kokonaisarviointi luo katsauksen Rohto –hankkeen koko projektikauden sekä esittää kannanoton projektin vaikuttavuudesta ja toteutuksesta.

Tilintarkastuksen kohteeksi valittiin alueellinen ja paikallinen pienryhmätoiminta ja sen tukeminen, valtakunnalliset toimet sekä Rohto –projektin organisaatio. Toteutus suunniteltiin seuraavasti:

- kerätään edelleen yhdyshenkilöiden portfoliot, ryhmien oppimispäiväkirjat ja osallistujapalautteet
- otetaan käyttöön vuonna 2000 luotu palautejärjestelmä

- seurataan yhdyshenkilötapaamisia ja haastatellaan yhdyshenkilöt projektin päättyessä. Muutamalle paikalliselle koulutusryhmälle suoritetaan ryhmähaastattelu
- toteutetaan yhteistyössä Kelan kanssa vertaileva reseptuuritietoja hyödyntävä tutkimus, jossa verrataan toisiinsa terveyskeskuksia, joissa on toiminut Rohto –ryhmiä, ja terveyskeskuksia jotka ovat olleet paikallisen Rohto –toiminnan ulkopuolella.
- kaikkien Rohto -pajojen osallistujille lähetetään jälkikäteiskysely
- projektin etenemistä arvioidaan suunnitelmien, kokousmuistioiden ja toimija-haastattelujen avulla; kiinnitetään erityistä huomiota ”projektista prosessiksi” - tavoitteen toteutumiseen, sitä edesauttaviin ja mahdollisesti hidastaviin tekijöihin.

Kokonaisarvioinnissa suunniteltiin tukeuduttavan ensisijaisesti aikaisempiin aineistoihin ja raportteihin sekä vuoden 2001 seurannassa tehtyihin havaintoihin. Kokonaisarviointi jakaantuu kahteen osaan, hankkeen vaikuttavuuden arviointiin sekä projektin toteutuksen tarkasteluun.

Vaikuttavuuden arvioinnista vahvistettu suunnitelma toteaa seuraavasti:

”Kuten aikaisemmissa suunnitelmissa ja raporteissa on tuotu esille, projektin välitöntä vaikutusta on vaikeata mitata. Projektille asetettujen tavoitteiden tarkastelu ja niiden toteutuminen on tehtävä välillisesti selvittämällä missä määrin lääkäreiden rationaalista lääkkeenmääräämiskäytäntöä tukevia rakenteita ja menettelytapoja on pystytty luomaan. Näitä tuloksia verrataan siihen voimavaranpanostukseen, joka on tehty hankkeeseen, ottaen huomioon sekä projektin välittömät kustannukset että välilliset, mm. paikallisen ryhmätoiminnan vaatima työajan käyttö.”

Projektiorganisaation toimivuus ja projektin toteutus päätettiin arvioida koko hankekauden ajalta nojautuen asiakirjoihin ja toimijahaastatteluihin.

Kansaneläkelaitoksen edustajan kanssa käytiin elokuussa 2001 neuvotteluja reseptuuritietoihin nojautuvasta tutkimuksesta. Kansaneläkelaitos ylläpitää lääkäreiden lääkemääräyksistä kattavaa tietokantaa. Tutkimuksen toteuttaminen osoittautui kuitenkin mahdottomaksi.

Toimeksiantajalle toimitettiin Rohto –projektin tammi-toukokuun 2001 aikana toteutettua toimintaa koskeva väliraportti, joka muokattiin valvojan antaman palautteen perusteella. Lopullinen versio päivättiin 11.6.2001. Valvojan kanssa sovittiin, että toinen väliraportti korvattiin vastuuhenkilön laatimalla asiantuntija-arvioinnilla ”Rohto – rationaalisen lääkehoidon tukeminen vuoden 2001 jälkeen”–suunnitelmasta. Viimeksimainitussa käytettiin hyväksi arviointitutkimuksen aineistoja sekä aikaisempia kannanottoja ja suosituksia.

Kuten vuoden 2000 koskevan tarkastelun kohdalla myös vuoden 2001 osalta referoidaan lyhyesti seurantaryhmän kannanottoja arviointiryhmän havaintoihin ja suosituksiin:

Seurantaryhmän kokouksessa 17.1.2001 arviointitutkimuksen vastuuhenkilö esitteli vuoden 2000 arviointiraportin keskeisiä kohtia. Raportin suosituksista keskusteltiin

yleisellä tasolla sekä joistain toimenpide-ehdotuksista erityisesti. Projektipäällikkö muotoili käydystä keskustelusta kirjallisen dokumentin (arviointiryhmän suositus ensin kursiiivilla):

- *Eri toimijoiden välinen yhteistyö kannattaisi organisoida pysyväksi.* ”Seurantaryhmän mukaan yhteistyö on syytä säilyttää jossain muodossa.”
- *Vakiintuneiden alueellisten pienryhmien tukeminen.* ”Seurantaryhmän mukaan paikallinen koulutus- ja kehittämistoiminta sekä siihen kuuluvien toimipaikkojen ja ohjaajien verkosto on hankkeen yksi tärkeimmistä yksittäisistä toiminnoista. Kevään 2001 aikana ratkaistaan, mitkä tahot huolehtivat jatkossa verkoston ylläpitämisestä, kehittämisestä ja laajentamisesta.”
- *Vaikuttaminen lääkäreiden työskentelyolosuhteisiin rationaalisia toimintakäytäntöjä tukevalla tavalla.* ”Seurantaryhmässä pohditaan informaatio-ohjauksen keinoja, joilla vaikutettaisiin sairaanhoitopiirien ja kuntien työn kehittämistoimintaan kohdistuvan panostuksen lisääntymiseen. Tarvitaan nykyistä enemmän työn laadun parantamiseen, ammatillisen kehittymisen tukemiseen ja organisaatioiden kehittämiseen perehtyneitä lääkäriasiantuntijoita.”
- *Olisi rakennettava käytännön toimintaa palvelevia arviointi- ja seurantajärjestelmiä, jotka johdattelevat yksilöitä ja organisaatioita toiminnan kriittiseen arviointiin. Tietotekniikkaan perustuvat järjestelmät ovat tässä tärkeä investoinnin kohde.* ”Seurantaryhmän mukaan nykyiset voimavarat eivät riitä henkilökohtaisen lääkkeenmääräämisen palautetiedon systemaattiseen tuottamiseen. Jatkossa palautetta tullaan kehittämään yksityiskohtaisemmaksi. Todettiin myös, että tietoteknisten järjestelmien kehittymistä seurataan tiiviisti.”
- *Rohtopaja –toiminta on monessa suhteessa ollut menestyksellistä, ja toimintaa kannattaa jatkaa ottaen huomioon arviointiryhmän esittämät ehdotukset.* ”Seurantaryhmän mukaan pajatoiminta jatkuu vuonna 2001 ja mahdollisesti sen jälkeenkin, mikäli löydetään toiminnasta vastaava taho.”
- *Järjestelmä tarvitsee valtakunnallisesti ylläpidettävän tukiverkoston, jonka eräs tärkeä osa on suunniteltu riippumaton lääkeinformaatiokeskus sekä laajemmin Käypä hoito –toiminta.* ”Lääkelaitoksessa on valmisteilla suunnitelma, joka saatetaan valmistumisen jälkeen seurantaryhmän käsittelyyn.”
- *Lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöihin jatkuvaan vaikuttamiseen pyrkivän toimintastrategian tulisi olla mahdollisimman monipuolinen.* ”Todetaan, että osa arviointiryhmän suosituksista jää seurantaryhmän ”toimivaltuuksien” ulkopuolelle.”
- *Seurantaryhmän operatiivinen ote ja valvovan roolin puuttuminen.* ”Seurantaryhmä ei ehdota muutosta nykyiseen käytäntöön.”
- *Materiaalipakettien tuotanto.* ”Jatketaan aikaisempaa käytäntöä. Materiaalipaketit eivät toistaiseksi sovellu sellaisenaan henkilökohtaiseksi etäopiskelumateriaaliksi esim. internet-pohjaisiin ohjelmiin. Internetiä aiotaan hyödyntää edelleen muun materiaalin julkaisussa ja tiedotuksen välineenä.”
- *Farmakologian opetuksen kehittäminen perusopetuksessa.* ”Ehdotus on järkevä ja se on ollut esillä jo keväästä 1998 alkaen. Ainoastaan toteuttajat puuttuvat.”
- *Toimeenpano-organisaatio on suhteessa tavoitteisiin sekä tehtävien laajuuteen ja monimuotoisuuteen ollut selvästi alimitoitettu.* ”Seurantaryhmä toteaa, että projektiryhmän niukka määrä ei johdu rahallisten voimavarojen puutteesta. Sopivia ja päteviä henkilöitä ei ole onnistuttu löytämään.”

20.3.2001 pidetyssä kokouksessa seurantaryhmän jäsenille saatettiin tiedoksi vuoden 2001 arviointisuunnitelma, jonka toteutuksesta oli sovittu ministeriön edustajan ja ar

viointitutkimuksen vastuuhenkilön kesken. Seurantaryhmän jäsenet ilmaisivat olevansa tyytyväisiä arviointiryhmän laatimaan ”Ongelma ohjaa, tieto tukee – mitä kirjallisuus kertoo lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttamisesta?” –raporttiin.

Seurantaryhmän kokouksessa 15.6.2001 esiteltiin lyhyesti arviointityöryhmän 11.6.2001 päivätty väliraportti. Raporttia päätettiin käsitellä seuraavassa kokouksessa, joka pidettiin 29.8.2001. Silloin todettiin, että viimeisessä arviointiraportissa esitetyt suositukset otetaan huomioon jatkotoimia suositeltaessa. Suositusten toteuttaminen riippuu käytössä olevista voimavaroista.

29.11.2001 järjestettiin työkokous Rohto –projektin työntekijöille, seurantaryhmälle ja johtoryhmälle. Työkokouksessa esiteltiin arviointiryhmän havainnot ja alustavat johtopäätökset kerätyn tiedon oikeellisuuden varmistamiseksi ja tulkintoja koskevan tarkastelun mahdollistamiseksi. Kokoukseen osallistui johtoryhmän jäseniä. Keskustelussa korostettiin, että Rohto –projekti on ollut kehittämishanke, jonka suunta ei alussa ollut aivan selvä. Arviointia ei olisi ollut järkevää toteuttaa ennen jälkeenasetelmalla. On ollut hyvä että myös arviointi on ”elänyt”. Arviointi voi hedelmällisimmin palvella toiminnan jatkosuunnittelua toimien eräänlaisena ”sounding board’ina”. Useat jäsenet ilmaisivat tyytyväisyytensä sekä projektiin että arviointiin. Hankkeen taustaorganisaatiot ovat edelleen sitoutuneet toiminnan jatkamiseen. Eräitä haasteita nostettiin esille: Erikoissairaanhoito ei lähtenyt hankkeeseen mukaan eikä alun perin suunniteltu ”työpari-idea” (yleislääkäri-erikoislääkäri) toteutunut. Osallistumisen vähyys on ollut myös pettymys. Arviointiryhmän suosituksiin haluttiin eräitä tarkennuksia, mikä johti vilkkaaseen keskusteluun. Lopuksi käsiteltiin hoitosuosituksen mukaista hoitokäytäntöä tukevien tietojärjestelmien tärkeyttä sekä todettiin, että eräitä kansallisia aloitteita on asian edistämiseksi tehty.

Pohdintaa

Arvioinnin painopisteet ja tulokset

Alkuperäisessä koko hankekautta kattavassa arviointisuunnitelmassa korostettiin Rohto –projektin luonnetta kehittämishankkeena ja ehdotettiin formatiivisen evaluointiotteen valintaa pääasialliseksi arvioinnin toteuttamismuodoksi. Ehdotus hyväksyttiin, mutta koko hankkeen aikana on myös jatkuvasti pohdittu projektin ja sen eri toimintamuotojen vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Seurantaryhmän asettama neuvotteluryhmä pohti vaikuttavuuden arviointia koko vuoden 1999 ajan, ja myöhemminkin on eri tahoilta toistettu toivomusta saada tietoa projektin tavoitteiden toteutumisesta.

Projektin kestäessä eri sidosryhmien kannat ovat kuitenkin selkiytyneet. Seurantaryhmän puheenjohtaja ilmaisi näkemyksensä puhelinhaastattelussa 1.9.2000 seuraavasti:

”Projekti halutaan nähdä nimenomaan kehittämishankkeena. Kyseessä ei ole projekti jolla on kiinteät kehykset ja selkeä tavoite, jota olisi helppo suoraviivaisesti arvioida. On siis olemassa jännite projektin yleisluontoisen lähestymistavan sekä prosessipainotteisen suuntauksen toisaalta ja arviointi

tavan toisaalta – eli esitettyjen yksityiskohtaisten arvioiden – välillä. Mutta arviointi herättää hyödyllistä pohdintaa ja antaa mahdollisuuden eri toimijoille ”peilata” toimintaansa. Yksimielisyys ei ole tärkeää, vaan eri näkemysten luoma dynamiikka on hyödyksi. Se antaa näkemyksiä ja ymmärrystä ja luo edellytyksiä yhteistyölle eri sidosryhmien välille (esimerkiksi koskien vuoden 2001 jälkeistä aikaa). On tärkeää päästä purkamaan jännitteitä ja löytää yhteinen nimittäjä.”

Syksyllä 2001 tehdyissä puhelinhaastatteluissa seurantaryhmän jäsenet totesivat projektin tuloksista mm. näin:

”No, merkitys on tietty minusta aika suuri. ... Toisaalta kun se on monessa suhteessa ollut vähän tällaista pilotoivaa ja kokeilevaa, niin mä luulen, että tulokset on ehkä nyt enemmänkin sillä tasolla, että on saatu kokemusta ja että tiedetään minkälaisin menetelmin pitäisi varsinaisessa toiminnassa lähteä eteenpäin.”

”Tuloksia on tietenkin tavattoman vaikea arvioida näin numeerisesti. Ja siitähän keskusteltiin silloin kun projektia käynnistettiin, että siinä on erittäin vaikea löytää mitään sellaista koeasetelmaa, joka antaisi jotakin todellista tietoa, tietoa näin numeroiden valossa siitä mitä on tapahtunut. Mutta mä näkisin jo hyvin tärkeänä sen, että tätä asiaa on tiedostettu ja se on alkanut vaikuttaa tuolla toimijoiden eli käytännön lääkäreiden, käytännössä toimivien lääkäreiden tasolla. Että asioita katsotaan myöskin tältä kantilta kuin Rohto-projekti on toivonut. Eli tällaista pitempi kestoista muokkausta on tapahtunut, ja sillä tavalla, että se on aika tavalla toimijoiden itsensä saavuttama.”

Myös johtoryhmän jäsenten näkemykset olivat samansuuntaisia.

”No, ei ole olemassa sellaisia varmoja objektiivisia mittareita, joiden kautta sitä olis mahdollista arvioida. Koska tietysti kohteena on ollut lääkärrikunta noin eri alueilla, ja niitä kohteena olevia lääkäreitä ei ole helppo erottaa siitä muusta lääkärikunnasta, ja sen takia tällaisten objektiivisten numeroitten kautta ei tässä vaiheessa pysty sen vaikuttavuutta arvioimaan tai analysoimaan, mutta kaikki se tieto, joka tulee kentältä tämmöisenä palautteena, on myönteistä ja viittaa siihen suuntaan, että se on tehokasta.”

Nämä näkemykset heijastuivat myös arviointitutkimuksen toimeksiantajan edustajiin. Vuoden 2000 arviointisuunnitelmassa painopiste siirtyi selkeästi ns. prosessiarvioinnin suuntaan. Tavoitteiksi sovittiin

- seurata ja arvioida projektin etenemistä sekä tuottaa ajantasaista tietoa projektin suunnittelijoille, toteuttajille ja eri sidosryhmille, sekä
- tuottaa tietoa Rohto –projektin toimintamalleista, erityisesti niiden toteutustavoista ja tuloksista sekä niihin edistävästi ja haittaavasti vaikuttaneista seikoista.

Huomiota piti kiinnittää

- niihin toimintamuotoihin, jotka osoittautuvat onnistuneiksi ja siten hyödynnettäviksi laajemmin Rohto -projektin päättymisen jälkeen,
- painottaen erityisesti vaikuttamismahdollisuuksia lääkäreiden lääkkeenmääräämis-käytäntöihin.

Arviointiryhmän luvuissa 4–9 esittämät päätelmät ja suositukset koskevat siten ennen kaikkea projektin toimintamalleja, niiden toteutustapoja sekä niihin vaikuttaneita edistäviä ja vaikeuttaneita tekijöitä. Arviointiryhmä on peilannut havaintojaan ajankohtaiseen kirjallisuuteen sekä omaan kokemukseensa, erityisesti alueellisen koulutuksen ja kouluttajakoulutuksen kohdalla.

Seuraavassa kommentoidaan alkuperäiseen arviointisuunnitelmaan sisällytettyjä arviointitehtäviä.

1. Lääkkeenmääräämiskäytännön muuttuminen

Arviointiryhmä oli tunnistanut kolme seurantaryhmän tärkeinä pitämää lääkeaineryhmää (antibiotit, verenpainelääkkeet ja masennuslääkkeet), joiden kohdalla olisi ollut ajateltavissa verrata alueelliseen koulutustoimintaan osallistuneiden terveyskeskusten lääkkeenmääräämiskäytäntöjä sopiviin kontrolliterveyskeskuksiin. Tutkimuksen läpivienti edellytti nojautumista Kansaneläkelaitoksen tietokantoihin. Tutkimus osoittautui mahdottomaksi toteuttaa.

Arviointiryhmä suunnitteli myös alueellisten koulutusryhmien hyödyntämistä ja hypoteesien luomista ryhmähaastattelujen pohjalta lääkkeenmääräämiskäytäntöön vaikuttavista tekijöistä ja niiden vertaamista Kansaneläkelaitoksen tietoihin lääkäreiden lääkkeenmääräämisprofiileista. Koska koulutusryhmät eräitä paikallisia hoito-ohjelmaa koskevia sopimuksia lukuun ottamatta eivät pohtineet lääkkeenmääräämiskäytäntöjä (vaan yleisemmin lääkehoitoon liittyviä ongelmia ja tiedon puutteita) ryhmiä ei tähän tarkoitukseen voitu käyttää.

Projektin kokonaisarviointia koskeva, vuonna 2001 hyväksytty arviointisuunnitelma tyytyykin toteamaan seuraavaa:

”Projektille asetettujen tavoitteiden tarkastelu ja niiden toteutuminen on tehtävä välillisesti selvittämällä missä määrin lääkäreiden rationaalista lääkkeenmääräämiskäytäntöä tukevia rakenteita ja menettelytapoja on pystytty luomaan.”

Tämän mukaiset havainnot ja johtopäätökset esitetään luvuissa 5-6 ja 8-9.

2. Oman toiminnan kriittinen arviointi

Rohto –projektin toiminnassa on erityisesti viimeisen puolentoista vuoden aikana korostettu reflektiota ja kriittistä arviointia. Se on noussut esille erityisesti Rohto –pajatoiminnassa. Arviointiryhmä pohtii tavoitetta sekä alueellista toimintaa että Rohto –pajoja analysoidessaan.

3. Koulutusprosessin arviointi

Arviointiryhmä on suunnitelmien mukaisesti kerännyt laajan alueellisia koulutusryhmiä kuvaavan aineiston. Alueellinen pienryhmätoiminta oli selkeästi priorisoitu toimintamuoto projektin alkuaikoina, ja seuranta jatkettiin vaikka alkuperäiset tavoitteet toiminnan laajentumisesta eivät toteutuneet. Alueellista pienryhmätoimintaa koskevat havainnot ja johtopäätökset esitetään luvussa 5.

4. Tutkimustietoon perustuvien alueellisten hoitomallien ja -ohjelmien syntyminen

Toisin kun otaksuttiin eivät alueelliset pienryhmät muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta kehittäneet alueellisia hoitomalleja eikä -ohjelmia. Eräs syy mitä ilmeisemmin on, että ryhmiin osallistui lääkäreitä eri terveystieteiskeskustoista, ja toisaalta suunniteltu yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa jäi toteutumatta.

5. Hoitovalintojen osuvuus ja kustannustehokkuus

Alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaan aihetta oli tarkoitus selvittää sairaanhoitopiirien välisellä kustannusanalyysillä. Tällainen vertaileva analyysi menetti merkityksensä, koska projektissa ei syntynyt kokonaisista sairaanhoitopiirejä kattavaa alueellista toimintaa

6. Tarpeettoman lääkkeiden käytön vähentäminen

Antibioottien käyttö katsottiin sopivaksi aiheen selvittämiseen, ja arviointiryhmä ehdotti sen toteuttamista yhteistyössä Mikstra -hankkeen kanssa. Yhteistyötä Rohto- ja Mikstra -projektien välillä ei kuitenkaan syntynyt.

7. Terveystaloustieteellisen tiedon ja asiantuntemuksen lisääntyminen

Arviointiryhmä ehdotti aiheen selvittämisen ensimmäiseksi vaiheeksi lääkärien taloudellisten seikkojen tuntemusta ja asenteita koskevan kyselytutkimuksen toteuttamista. Rohto -projektin taustayhteisöjen edustajat katsoivat syksyllä 1999 tutkimuksen tarpeettomaksi.

8. Potilasinformaatio

Potilaille suunnattu informaatio jäi Rohto -projektissa marginaaliseksi. Vuoden 1999 toimintaohjelmassa oli maininta yleistajuisten artikkelien laadinnasta – myöhemmissä suunnitelmissa todettiin, että toivotaan tiedotusvälineiden hyödyntävän niille toimitettua projektia koskeva informaatiota.

Arvioinnin hyödyntäminen

Alkuperäisessä arviointisuunnitelmassa ehdotettua konsultatiivista työskentelytapaa formatiivisen evaluoinnin periaatteiden mukaisesti toteutettiin ensimmäisenä toimintavuotena siten, että arviointiryhmän edustajat kokoontuivat säännöllisiin neuvonpitoihin neuvotteluryhmän kanssa, joka muodostui projektipäälliköstä ja kolmen suurimman taustayhteisön edustajista. Neuvotteluryhmässä käsiteltiin arviointiryhmän toimintaa ja sen tekemiä havaintoja sekä jatkotyöskentelyä. Neuvotteluryhmässä pohdittiin myös ensimmäisen vuoden raportointia. Neuvotteluryhmä vei yhdessä sovitut toimenpide-esitykset seurantarvryhmän käsiteltäväksi.

Keskusteluissa keskityttiin arviointiryhmän esitysten käsittelyn lisäksi laajaan pohdintaan Rohto -projektin vaikuttavuuden arvioinnista. Yhdessä todettiin sen vaikeus. Keskustelujen perusteella syntyi ajatus kaikki toimintamuodot kattavan ”tilintarkas

tuksen” sisällyttämistä arviointiryhmän tehtäviin. Syksyllä 1999 ei pystytty toimittamaan neuvotteluryhmälle säännöllistä palautetietoa alueellisten pienryhmien toiminnasta raportointijärjestelmän onnuttua. Projektipäällikkö ja arviointiryhmä työstivät yhdessä uudet tiedonkeruutiinit mahdollistamaan palautetiedon toimittamista.

Arviointitutkimuksen toimeksiantajan päätettyä alkuvuodesta 2000, että arviointiryhmä raportoi suoraan valvojalle ja seurantaryhmälle, neuvotteluryhmä lakkautettiin ja säännölliset keskustelut arviointiryhmän ja projektipäällikön sekä häntä tukevien taustayhteisöjen edustajien välillä keskeytyivät. Vuoden 2000 aikana arviointiryhmä tapasi projektipäällikön kahdesti. Lisäksi arviointitutkimuksen vastuuhenkilö tapasi projektipäällikön kahdessa valvojan kanssa järjestetyssä neuvonpidossa. Arviointiryhmän ehdottama tiiviimpi tietojen vaihto ei kuitenkaan toteutunut. Vuosina 2000-2001 vastuuhenkilö kävi esittelemässä arviointiraportit seurantaryhmälle.

Arviointiryhmä laati vuosina 2000-2001 kuusi kirjallista raporttia, joista kaksi vuosi-raporttia olivat laajoja ja yksityiskohtaisia. Ne sisälsivät myös runsaasti konkreettisia kannanottoja ja suosituksia. Kuten kappaleesta 3.2.2 esitetyistä seurantaryhmän kannanotoista käy ilmi suositukset todettiin, mutta useimmissa tapauksissa katsottiin ettei niitä voitu toteuttaa puutteellisten voimavarojen takia. Vuonna 2001 seurantaryhmä totesi, että suositukset tulisi ottaa huomioon tulevaa toimintaa suunniteltaessa.

Projektipäällikkö pohti syyskuussa 2001 tehdyssä haastattelussa arviointia mm. seuraavasti:

”Arviointiryhmä joutui tässä tämän laajapohjaisuuden uhriksi. Eli kun meidän omat tavoitteet oli siinä vaiheessa vielä paljonkin työn alla ja arviointiryhmän tavoitteet eivät kenties tulleet riittävän hyvin tutuiksi seurantaryhmälle ja johtoryhmälle, niin tuli näitä törmäystilanteita ja todellakin sitten se lapsi meni pesuveden mukana. ... Ja sen jälkeen siitä, että se olis ollu tällaista prosessin tukemista ja jatkuvaan feedbackia, niin siitä tuli prosessin seuraamista ja raportointia. ... Ja kun sitä semmoista aktiivista keskusteluyhteyttä ei ole ollut, käytännössä ei ole ollut, niin toki se aiheuttaa sen, että seurantaryhmässä on katsottu niitä tuloksia, että... mikä todellakin näitten merkitys on, että mihin nää perustuu. Ja toki on näinkin, että kun on keskenään jo siinä porukassa jatkuvasti semmoista pohdintaa ja keskustelua, että mihin suuntaan mennään. Ja sitten jos sieltä tulee vielä ulkopuolinen antamaan tavallaan suosituksia ja neuvoja, niin se aiheutti sen, että tuli tällainen kilpi siihen, että me sentään päätetään tästä. Ja ne ehdotukset kimposi sitten helpommin ulos siitä sisäpiiristä.”

K: Onko arviointi millään muuttanut tätä projektia?

”Mun ajatusmaailmaa se on muuttanut paljonkin, huomasin sen vaan jossain vaiheessa, mutta että mut on vaikea yksilöidä, että mitä ja miten. Ja uskon, että se on myös vaikuttanut pikkuhiljaa... sellaista on tapahtunut hirveen vähän, että ois tullut joku suositus, joka sellaisenaan olisi otettu ja hyväksytty, että jes tämä on hyvä. Vaan semmoista on tapahtunut ennemminkin, että se viesti, mikä välittyy arviointiryhmän kautta on muuttunut ja tullut osaksi niitä päätöksiä.”

Arviointiryhmän aiemmat kokemukset konsultatiivisesta yhteistyösuhteesta arvioitavaan ohjelmaan ovat olleet myönteiset, ja toimeksiantajat ovat myös ilmaisseet tyytyväisyytensä. Niissä hankkeissa havaintojen raportointi ja suositusten käsittely on tapahtunut suoraan hankkeiden vastuuhenkilöiden ja ”omistajien” kanssa. Suosituksia on aktiivisesti otettu huomioon hankkeen suunnitelmia muokatessa.

Rohto –projekti on ollut hankkeena erilainen ja poikkeuksellisen haastava. Sen takana on monta organisaatiota ja sidosryhmää, sekä viranomaisia että ammatti- ja tieteellisiä järjestöjä. ”Omistajuus” on siten ollut hajanainen. Arviointiryhmän havainnot, johtopäätökset ja suositukset on ensisijaisesti raportoitu kirjallisesti. Raporttien esittely ja käsittely seurantaryhmässä on ”yhtenä esityslista-asiana” jäänyt kiireiseksi ja siten pintapuoliseksi. Valvojan ilmaisema tyytymättömyys raportointiin helmikuussa 2000 on saattanut heijastua yleisenä kriittisenä suhtautumisena arviointiin, mistä on nähtävissä viitteitä seuranta- ja johtoryhmän pöytäkirjoissa. Se on mahdollisesti myös vaikuttanut jäsenten valmiuteen omaksua kirjallisten raporttien sisältöä. Jäsenten puhelinhaastatteluista sekä syksyllä 2000 että 2001 niitä ei ainoassakaan lausunnossa mainittu. Projektityöntekijöille sekä johto- ja seurantaryhmille järjestetty arvioinnin keskeisimpien tulosten esittelytilaisuudessa 29.11.2001 osoitettiin kuitenkin suurta mielenkiintoa arviointiryhmän suosituksia kohtaan ja arveltiin niiden olevan hyödyllisiä jatkotoimintaa suunniteltaessa.

ROHTO -PROJEKTIN TAVOITTEET, TOTEUTUS, VOIMAVARAT JA ORGANISAATIO

Tavoitteet ja toteutus

Vuosina 1996-97 työskennellyt sosiaali- ja terveysministeriön lääkekustannustyöryhmä sisällytti ehdotuksiinsa aloitteen vaikuttaa lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöihin kannustavin toimin. Työryhmä katsoi, että ”lääkkeenmääräämiskäytäntöjen kehittäminen vaatii useita erityyppisiä huolellisesti valmisteltuja toimia ja seurantaa”. Sen vuoksi työryhmä esitti sosiaali- ja terveysministeriön johtamaa useampivuotista projektia, johon osallistuisivat eri terveysviranomaiset, Kansaneläkelaitos ja lääkärijärjestöt. Projektin työohjelmaan ehdotettiin useiden vaikuttamiskeinojen arviointia ja suunnittelua:

- lääkärikohtaisen palautteen antaminen ja riippumattomien lääke-esittelijöiden käyttäminen
- hoitosuosituksiin perustuvien lääkehoito-ohjelmien luominen ja soveltaminen
- nykyaikaisen tietotekniikan hyödyntäminen reseptinkirjoittamisen tueksi
- lääkemarkkinointiin vaikuttaminen
- ei-kaupallisen lääkeinformaation lisääminen
- kustannusnäkökulman korostaminen peruskoulutuksessa
- taloudelliset vaikuttamiskeinot ja lääkkeenmääräämistä koskevien määräysten tiukentaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti hankkeen suunnittelun syksyllä 1997. Vuonna 1998 valmistunut projektisuunnitelma määritteli projektin tavoitteet seuraavasti: ”Ohjelman päätavoitteenä on kehittää lääkehoitokäytäntöjä koulutuksellisin ja kannustavin keinoin hoitojen hyödyllisyyttä ja tarkoituksenmukaista kokonaistaloudellisuutta osoittavan tutkimustiedon mukaisesti. Tavoitteen saavuttamiseksi on parannettava lääkehoitoa toteuttavien ammattilaisten mahdollisuuksia niin lääketieteellisen tiedon kuin oman toiminnankin kriittisessä arvioinnissa. Tavoitteena on tuottaa tässä arvioinnissa tarvittavaa taustatietoa ja kehittää toimintaa tukevia apuneuvoja”. Tavoitteina mainittiin myös lääkehoitovalintojen osuvuuden ja kustannustehokkuuden parantaminen, tarpeettoman lääkkeiden käytön vähentäminen, terveystaloustieteellisen tiedon lisääminen ja ns. itsehoitolääkkeiden käytön ohjaaminen rationaaliseen suuntaan.

Kohderyhmäksi projektisuunnitelma valitsi avohoidossa ja sairaaloissa työskentelevät lääkärit. Myös lääketieteen opiskelijoiden ja lääkehoidon ohjaukseen osallistuvan muun ammattihenkilöstön toivottiin tulevan projektin vaikutuksen piiriin.

Painopistealueiksi valittiin kustannusvaikutuksiltaan tai ongelmallisuudeltaan merkittävimmät sairaudet ja niiden hoitoon käytettävät lääkeryhmät. Esimerkkeinä mainittiin sydän- ja verisuonisairaudet, aivotoimintojen ongelmat, mielenterveysongelmat, aikuisiän diabetes, ahtauttavat keuhkosairaudet, tartuntataudit, krooninen kipu sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet.

Toiminta suunniteltiin toteutettavaksi seuraavilla tavoilla:

Suunnitelma painotti alueellista ja paikallista toimintaa, joka järjestettäisiin sairaanhoitopiireittäin osa-aikaisten alueellisten yhdyshenkilöiden koordinoimina. Sairaanhoitopiireissä yhdyshenkilöitä arvioitiin olevan kaksi - sairaalalääkäri ja perusterveydenhuollon lääkäri. Yhdyshenkilöiden tehtävänä oli rakentaa alueellisia lääkäriverkostoja, järjestää lääkehoidon teemapäiviä ja koota perusterveydenhuollon lääkäreiden opintoryhmiä. Niiden koulutusmalleja suunniteltaessa haluttiin, että eri alueilla olisi kokeiltu erilaisia lähestymistapoja. Suunnitelmassa mainitaan ongelmalähtöinen oppiminen eräänä hyvällä menestyksellä kokeiltuna menetelmänä. - Alueellista toimintaa ajateltiin voitavan tukea vielä asiantuntijoiden antamalla neuvonnalla sekä kannustamalla lääkäreitä laatimaan henkilökohtainen lääkevalikoima ja hakeutumaan yhteistyöhön apteekkien kanssa.

Valtakunnallisina tukitoimina mainittiin koulutus- ja neuvottelupäivät, ammattilehtiin kirjoittaminen, lääkärijärjestöjen koulutustoiminta, tietoverkkojen ja tietokantojen sekä Kansaneläkelaitoksen reseptirekisterin hyödyntäminen, terveystaloustieteellisen toiminnan tukeminen, peruskoulutukseen (lähinnä farmakologian opetukseen) vaikuttaminen, sekä yleisölle ja potilaille suunnattu toiminta. Lisäksi päätettiin selvittää miten muita käynnissä olleita hankkeita, mm. Mikstra –toimintaohjelmaa ja Käypä hoito –projektia, voitaisiin hyödyntää.

Vuonna 1998 sosiaali- ja terveysministeriö asetti projektille johtoryhmän, jossa olivat edustettuina ministeriön lisäksi Lääkelaitos, Kansaneläkelaitos, opetusministeriö, Suomen kuntaliitto, Suomen lääkäriliitto ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Johtoryhmä nimesi seurantaryhmän, johon kuuluivat edellä mainittujen taustayhteisöjen edustajat. Projektin toimisto sijoitettiin Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin tiloihin ja projektille nimettiin kokopäivätoiminen projektipäällikkö.

Projektin pääasialliseksi rahoittajaksi tuli Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö päätti vastata projektin arvioinnin kustannuksista.

Syksyllä 1998 toteutettiin laaja, koko aktiivisen lääkärikunnan kattanut kysely, jonka tavoitteena oli kartoittaa lääkehoitoon liittyviä asenteita, täydennyskoulutuksen nykytilaa sekä lääkehoidon ongelmakohtia.

Vuodelle 1999 laaditussa toimintaohjelmassa yleistavoitteet, kohderyhmä ja painoalueet olivat projektisuunnitelman mukaiset. Asiakirjassa painottui alueellinen ja paikallinen toiminta, jolle asetettiin konkreettiset tavoitteet (toiminta käynnistyy 4–6 alueella). Myös valtakunnallisissa toiminnoissa tärkeimmän aseman sai alueellisen toiminnan tuki (pienryhmille tuotettavan lääkkeidenmääräämiskäytäntöjä kuvaavan tiedon kokoaminen, puolueettoman lääketiedon ja asiantuntijoiden välittäminen sekä yhdyshenkilöiden jatkuva koulutus). Myös muista projektisuunnitelman esittämistä toiminnoista löytyvät maininnat toimintaohjelmassa.

Vuonna 1998 rekrytoitiin yhteensä kymmenen alueellista yhdyshenkilöä, ja heille järjestettiin koulutusta syksyllä 1998 sekä vuodesta 1999 lähtien kaksi yhteistä ”työpajaa” vuodessa. Aiottuja työpajareja ei saatu muodostettua, vaan käytännössä yhdyshenkilöt toimivat yksin. Osa heistä ohjasi useita paikallisia lääkäriryhmiä.

Yhdyshenkilöt laativat itselleen toimintasuunnitelmat keväällä 1999. Arviointiryhmän todettua, että ne olivat ylimalkaisia, ja että projektin tavoitteita tulisi tarkentaa, seurantaryhmä muotoili tavoitteita syksyä 1999 varten tehtyyn toimintaohjelman tarkennukseen.

Vuoden 1999 aikana projektin tiedotustoiminta vakiintui. Projektista kirjoitettiin sekä ammatti- että sanomalehdissä, ja projektipäällikkö osallistui lukuisiin koulutustapahtumiin.

Vuodelle 2000 laaditussa toimintasuunnitelmassa Rohto –ohjelman tavoitteet toistuvat syksyllä saadussa muodossa seuraavasti:

Rohto -ohjelman päämääränä on entistä rationaalisempi lääkehoito.

Tavoitteena on

- kehittää lääkehoitoa sen hyödyllisyyttä ja kokonaistaloudellisuutta osoittavan tiedon mukaiseksi.
- kannustaa lääkäreitä arvioimaan omia hoito- ja toimintakäytäntöjään sekä tarvittaessa muuttamaan niitä hoidon tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaaliseen suuntaan.
- tuottaa ja välittää hoitokäytäntöjen arvioinnissa tarvittavaa tietoa sekä tukea ko. tiedon tuottamista
- kehittää toiminnan rakenteita siten, että ne mahdollistavat muidenkin, rationaalista hoitoa tukevien ohjelmien ja toimenpiteiden sekä täydennyskoulutuksen jatkamisen projektivaiheen jälkeen

Kohderyhmä oli säilynyt ennallaan. Sama koski painopistealueita, joskin todettiin, että ”motivoidaan erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreitä henkilökohtaisen, perustellun lääkevalikon luomiseen sekä paneutumaan lääkemarkkinoinnin ’sudenkuoppiin’”.

Alueellista toimintaa suunniteltiin laajennettavaksi, mutta tavoitteesta oli tingittävä, koska usea yhdyshenkilö lopetti toiminnan ja uusien yhdyshenkilöiden rekrytointi oli ongelmallista. Yhdyshenkilöiden koulutuksessa luovuttiin ongelmalähtöisestä oppimisesta suositeltavana koulutusmenetelmänä ja korostettiin osallistujakeskeistä toimintamuotoa ja itseohjautuvuutta. Projektipäällikkö ylläpiti yhteyttä yhdyshenkilöihin sekä tapaamalla heitä että sähköpostitse toimitetuilla ”kuukausikirjeillä”. Vuosina 1999-2000 projektipäällikkö ja loppuvuodesta 1999 projektiorganisaatiota vahvistanut projektilääkäri (yleislääketieteen erikoislääkäri) sekä konsultoiva sisätautilääkäri laativat yhteensä 18 tauti- tai ongelmakohtaista koulutuspakettia.

Vuoden 2000 aikana projektityöntekijöiden kiinnostus suuntautui lisääntyvässä määrin alueellisten Rohto –päivien (ns. Rohto –pajojen järjestämiseen) sekä edellä mainittuun viimeisen tavoitekohdan toteuttamiseen. ”Projektista prosessiksi” –tavoite tarkoitti hyvien toimintamallien etsimistä projektin päättymisen jälkeisen toiminnan

suunnittelun tueksi. Syntyi konkreettinen aloite riippumattoman lääkeinformaatiota tuottavan yksikön perustamisesta. Tätä koskevan suunnitelman laadintatehtävän sosiaali- ja terveysministeriö antoi Lääkelaitokselle.

Myös tiedotustoiminta jatkui aktiivisena vuonna 2000.

Rohto –pajatoiminnassa pystyttiin pienessä mittakaavassa hyödyntämään Kansaneläkelaitoksen reseptitietokantaa, mutta laajamittaisempi hyödyntäminen ei ollut mahdollista, eikä suunniteltua tietojärjestelmän kehittämistä voitu edistää.

Vuoden 2000 aikana toteutuivat kolme osahanketta: osallistuminen erääseen Käypä hoito –suosituksen alueelliseen toteutukseen, farmakologian opetusta koskeva selvitys ja sairaaloiden peruslääkevalikoiman vaikutuksia avohoidon lääkehoitokäytäntöihin koskenut pienimuotoinen tutkimus.

Projektin kohderyhmäksi muotoutui vuonna 2000 entistä selvemmin perusterveydenhuollon lääkärit. Tämä näkyi mm. toteutettaessa uudistettua lääkärikyselyä, joka suunnattiin vain ko. kohderyhmälle.

Kohderyhmän tarkentuminen näkyi ensimmäisen kerran ”virallisesti” vuoden 2001 toimintaohjelmassa. Tavoitteet esitettiin samanlaisina kuin vuonna 2000, mutta painopisteenä sanottiin olevan ”varmistaa, että erilaiset kannustavat ja koulutukselliset strategiat lääkehoidon järkevöittämiseksi jatkuvat”. Erityisinä painopistealueina esiintyvät paikallisen koulutustoiminnan vahvistaminen, Rohto –pajojen edelleen kehittäminen sekä lääkeinformaatiota tarjoava organisaatio.

Alueellisen toiminnan kohdalla mainittiin tavoitteeksi ”kannustaa lääkäreitä arvioimaan omia hoito- ja toimintakäytäntöjään sekä tarvittaessa muuttamaan niitä hoidon tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaaliseen suuntaan”. Alueellisessa toiminnassa tyydyttiin varmistamaan, että toimivat ryhmät jatkoivat toimintaansa. Useassa ryhmässä toimintaan osallistui myös muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä kuin lääkärit. Moniammatilliseen työskentelyyn oltiin tyytyväisiä.

Vuonna 2001 jatkui panostus Rohto –pajatoimintaan. Niitä pystyttiin toteuttamaan tavoiteltu lukumäärä lääkärilakosta huolimatta.

Erillinen ”projektista prosessiksi” –toimintamuoto oli jäänyt vuoden 2001 suunnitelmasta pois mutta korvattu edellä mainitulla ”yleistavoitteella”. Projektipäällikkö laatikin yhteistyössä seurantaryhmän kanssa suunnitelman toiminnan jatkamiseksi vuoden 2001 jälkeen. Projektin johtoryhmä hyväksyi suunnitelman 3.10.2001, ja sen perusteella Kansaneläkelaitos ilmoitti rahoittavansa toiminnan vuonna 2002 ja sosiaali- ja terveysministeriö suunnitteli sisällyttävänsä pysyvän toiminnan käynnistämisen vuoden 2003 talousarviokehyksiin.

Tiedotustoiminta oli edellisen vuoden tapaan näkyvä.

Alkuperäisen projektisuunnitelman mainitsemista tehtävistä jäivät toteuttamatta erityiset toimenpiteet tarpeettoman lääkkeiden käytön vähentämiseksi, terveystaloustieteellisen tiedon lisäämistä koskeva toiminta ja yleisölle suunnattu ns. itsehoitolääkkeiden käyttöä koskeva tiedotus ja vaikuttaminen. Ensimmäisen toimintaohjelman

sisältämät tavoitteet, jotka koskivat tietoverkkojen ja tietokantojen sekä Kansaneläkelaitoksen reseptirekisterin hyödyntämistä osoittautuivat myös liian kunnianhimoisiksi.

Rohto –projektin pääasiallisia toimintamuotoja (alueellinen toiminta, Rohto –pajat ja valtakunnalliset toimet), niiden tuloksia ja tulosten pohdintaa johtopäätöksineen ja suosituksineen käsitellään yksityiskohtaisesti raportin luvuissa 5-7.

Voimavarat ja organisaatio

Rohto -toimintaohjelmissa todettiin projektin organisaatioista hieman lyhennettynä seuraavaa:

”Johtoryhmä tekee rahoitusta, voimavaroja, toimintasuunnitelmaa sekä seurantaa koskevat päätökset, ja se kokoontuu muutaman kerran vuodessa.

Seurantaryhmä tukee ohjelman toimeenpanoa kokoontuen kerran kuukaudessa heinäkuuta lukuun ottamatta.”

Projektin vastuullisena vetäjänä toimi *projektipäällikkö*. Projektissa toimi myös toinen kokopäivätoiminen *projektilääkäri* loppuvuodesta 1999 syyskuuhun 2001. Vuoden 1999 aikana projektipäällikköä tuki kasvatustieteilijäkonsultti alueellisten yhdyshenkilöiden koulutuksessa. Vuonna 2000 konsultoiva sisätautilääkäri avusti koulutusmateriaalin laadinnassa. Vuosina 2000-2001 yhdyshenkilöiden koulutukseen osallistui useita ulkopuolisia lääkärikouluttajia. Projektin aikana Kansaneläkelaitoksen tutkijalääkäri osallistui kahden lääkärikyselyn toteuttamiseen sekä Rohto –pajojen suunnitteluun ja läpivientiin.

Alueellisen toimintaan osallistuneiden yhdyshenkilöiden panosta tarkastellaan tarkemmin luvussa 5.

Rohto –pajatoimintaan osallistui ao. terveyskeskusten yhteistyösairaaloiden lääkehoidon asiantuntijoita.

Eri osahankkeisiin osallistui tämän lisäksi mm. tiedekuntien asiantuntijoita.

Rohto –projektin välittömät kustannukset olivat 438 000 mk vuonna 1998, 1 480 000 mk vuonna 1999, 1 560 000 mk vuonna 2000 ja 1 650 000 mk vuonna 2001(arvio).

Projektin toteutuksen ja organisaation arviointi

Arviointimenetelmä ja aineisto

Seuraavassa esitetään arviointiryhmän näkemykset projektin organisaatiosta ja toteutusprosessista. Arviointi perustuu arviointiryhmän projektin toimintoja koskevien havaintojen lisäksi johtoryhmän ja seurantaryhmän pöytäkirjojen sekä suunnittelu- ja

raporttiasiakirjojen analysointiin, seurantaryhmän puheenjohtajan erilliseen puhelin-haastatteluun sekä johto- ja seurantaryhmän haastatteluihin syksyllä 2000 ja 2001.

Seurantaryhmän puheenjohtajan haastattelu toteutettiin arviointitutkimuksen vastuuhenkilön toimesta puhelimitse 1.9.2000. Haastattelu tapahtui ruotsinkielellä ja vastuuhenkilö teki siitä tarkat muistiinpanot. Sen perusteella vastuuhenkilö laati suomenkielisen keskustelupöytäkirjan, jonka hän analysoi. Johto- ja seurantaryhmien jäsenet haastateltiin kahdesti, marraskuussa 2000 ja uudestaan syyskuussa 2001. Vuonna 2000 haastattelut suoritti arviointiryhmän jäsen, vuonna 2001 ulkopuolinen tutkija. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti. Aineiston analysoinnin suorittivat arviointitutkimuksen vastuuhenkilö ja lääkitutkija.

Tässä luvussa tarkastellaan toteutusta erityisesti projektiorganisaation toimivuuden kannalta. Rohto –projektin kolmen päätoimintamuotoja (alueellinen toiminta, Rohto –pajat ja valtakunnalliset toimet) käsitellään tarkemmin luvuissa 5-7. Siinä yhteydessä pohditaan toteutusprosessia yksityiskohtaisemmin suhteessa tavoitteisiin ja tuloksiin sekä esitetään arvio projektin aikana kehittyneistä toimintamalleista.

Johtoryhmä

Johtoryhmä kokoontui säännöllisesti vuosina 1998-2001. Vuonna 1998 kokouksia oli kolme, vuosina 1999-2000 kaksi ja vuonna 2001 kolme.

Vuoden 1998 kokouksissa määriteltiin Rohto-projektin tavoitteet, käynnistettiin projektin suunnittelu sekä hyväksyttiin projektisuunnitelma ja talousarvio.

Tavoitteiksi kirjattiin 6.3.1998 pidetyn kokouksen pöytäkirjaan rationaalisen lääkkeenmääräämiskäytännön edistäminen osana tutkittuun tietoon perustuvia hoito-ohjelmia ja -käytäntöjä. Johtoryhmän keskusteluissa tuotiin esiin mm. seuraavia osatavoitteita: pysyvien rakenteiden aikaansaaminen, toiminta osaksi laadun parantamista, tiedon muuttaminen käytännön toiminnaksi sekä lääkäreiden kriittisyyden lisääminen. Keinoina mainittiin yleisölle tiedottaminen, perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen panostaminen, lääkehoito-oppaan kehittäminen sekä elektronisten tiedonvälityskanavien hyödyntäminen.

Vuosina 1999-2000 johtoryhmä hyväksyi projektin vuosisuunnitelmat ja –raportit sekä talousarviot. Lisäksi kiinnitettiin seuraaviin asioihin huomiota:

- alueelliseen verkostoon valitut yhdyshenkilöt edustavat lähinnä perusterveydenhuoltoa (25.05.1999)
- pidettiin tärkeänä, että vaikka alueellisessa toiminnassa teemojen valinnoissa lähdetään osallistujien kiinnostuksesta, siitä pitää muodostua kokonaisuus, joka kattaa valtakunnallisesti tärkeät lääkehoidon alueet (25.05.1999)
- keskusteltiin siitä miten sillä hetkellä osallistuvien lääkäreiden joukkoa (250) voitaisiin laajentaa (24.11.1999)
- seurantaryhmä sai tehtäväksi pohtia miten projekti muutetaan jatkuvaksi prosessiksi (24.11.1999)
- jatkaessaan projektin toimikautta vuoden 2001 loppuun johtoryhmä antoi seurantaryhmälle tehtäväksi hahmotella jatkotoimet vuoden 2000 loppu

- puolella, koska valtion talousarviokäytännön vuoksi konkreettiset ehdotukset koskien vuotta 2002 oli oltava käytettävissä jo keväällä 2001 (03.04.2000)
- projektipäällikön tilannekatsauksen kohdalla merkittiin, että tavoitteiden epäkonkreettisuus (numeeristen mittareiden ja standardien puute) on ongelma; päätavoite on kannustaa lääkäreitä kriittiseen arviointiin; keskustelussa todettiin lääkkeenmääräämisessä tapahtuvien suurten odotusten pienentyneen matkan varrella (08.09.2000)

Vuonna 2001 käsiteltiin entisen tapaan projektin toimintakertomusta, toimintasuunnitelmaa ja talousarviota. Päähuomio kiinnitettiin kuitenkin toiminnan jatkamiseen projektikauden päättymisen jälkeen. 23.3.2001 pidetyn kokouksen pöytäkirjaan sisältyy seuraava merkintä: ”Oltiin yhtä mieltä siitä että Rohto –hankkeelle on joka tapauksessa löydettävä jatkoa ...”.

Johtoryhmän kokouksessa 18.6.2001 mainittiin, ettei toiminnan jatkamiselle voitu osoittaa määrärahoja vuoden 2002 valtion talousarviossa. Katsottiin kuitenkin, että rahoitus vuodelle 2002 tulisi järjestää, koska budjettituki vuodelle 2003 oli mahdollinen. Johtoryhmälle esitetystä toimintasuunnitelmaluonnoksesta todettiin, että keskeisimmät tehtävät ovat lääkemääräystietojen käyttö koulutuksessa sekä julkaisu-toiminta. Toimintaa on syytä edelleen jatkaa eri osapuolten välisenä yhteistyönä. Epäsuorasti pöytäkirjasta käy ilmi myös toivomus toiminnan laajenemisesta alueellisesti kattavaksi. Edelleen katsottiin, että toimintaan tulisi sisällyttää myös tietoteknis-ten sovellusten edistäminen ja sairaaloiden lääkevalikoimiin vaikuttaminen.

Johtoryhmä hyväksyi 3.10.2001 projektipäällikön ja seurantaryhmän laatiman vuoden 2002 toimintaa koskevan suunnitelman. Arviointitutkimuksen vastuuhenkilön 2.10.2001 päivätty kannanotto suunnitelmasta ei ollut johtoryhmän käytössä. Kokouksessa todettiin Kansaneläkelaitoksen rahoittavan toimintaa vuonna 2002. Uusi ”Rohto –keskus” voisi sijoittua Lääkelaitoksen tai Stakesin yhteyteen tai olla itsenäinen yksikkö. Kansaneläkelaitoksen edustaja katsoi, että tehtävien hoitaminen viranomaistoimintana Lääkelaitoksen toimesta olisi tarkoituksenmukaisempaa. Organisaatiomuodoksi sovittiin yleishyödyllinen yhteisö. Lisäksi toiminnasta todettiin mm. seuraavaa:

- lääkkeiden interaktiotietokanta tulisi saada osaksi lääkäreiden työkaluksi tarkoitettua reseptinkirjoitusohjelmistoa
- Kansaneläkelaitoksen ja Lääkelaitoksen tuottamia lääketietoja tulisi hyödyntää entistä paremmin
- kannettiin huolta siitä, miten useampia terveydenhuollon toimintayksiköitä saataisiin kytkettyä mukaan
- Rohto voisi toimia ”lääkäreiden järjestäytyneen täydennyskoulutuksen tienavaajana”
- pidettiin ”kriittisen tärkeänä löytää toimiva tapa huolehtia implementoinnista” (ilmeisesti tarkoittaen lääkkeenmääräämiskäytäntöihin vaikuttavien keinojen käytännön toteutusta).

Haastattelut

Vuonna 2000 suoritetuissa haastatteluissa johtoryhmän jäsenet mainitsivat johtoryhmän tehtäväksi Rohto -projektin rahoituksen ja toimintaedellytysten turvaamisen. Ryhmälle katsottiin kuuluvan nimenomaan linjaratkaisut ja suuret puitteet. Se on myös ollut tärkeä viestintäkanava taustaorganisaatioiden suuntaan. Joidenkin jäsenten mielestä ryhmä kokoontui liian harvoin ja oli ylläpitänyt liian löyhää kontaktia seurantaryhmään.

Vuoden 2001 haastatteluissa johtoryhmän jäsenet esittivät yleisnäkemyksensä Rohto-projektista sen olleen onnistunut yhteistyöhanke. Sen suurin merkitys syntyy eri viranomaistahojen ja lääkärijärjestöjen kokoamisesta yhteiseen ponnistukseen. Kokeiluna projekti on ollut mielenkiintoinen – ”informaatio-ohjauksen jalkautumishanke”.

“Jos ajatellaan sen merkitystä, niin mä näkisin, että... se on ainakin ollu... poikkeuksellisen onnistunut tällainen yhteistyöhanke näiden eri tahojen, joissa on lähinnä ollut nyt tuota, valtiovallan edustajat eli ministeriö, Kela, ja sitten tuota Lääkelaitos ja sitten näitä lääkärijärjestöt toisella osapuolella, niin näiden kahden sektorin varsin onnistunut yhteistyöhanke. Ainakin siitä päätellen, että tää yhteistyötunnelma on ollu aika hyvä. Ja mitä tavoitteisiin tulee, niin tuota... nehan oli tältä osin suhteellisen vaatimattomat, koska mitään sellaisia kvantitatiivisia tavoitteita siinä hommassa ei ollut, se päätettiin jo etukäteen. Ja tuota, mutta että selvittää näitä eri mahdollisuuksia.”

Jäsenillä oli ennakkoon ylioptimistinen asenne projektin mahdollisuuksiin. Tavoitetasoa on jouduttu matkan varrella madaltamaan. Voimavaroihin nähden tulokset ovat monen mielestä kuitenkin hyvät.

“... kun tavoitteena on lääkekustannusten pienentäminen, niin nimenomaan tän rationaalisen lääkkeidenkäytön, ja lääkemääräämiskäytön edistäminen informaatio-ohjauksen kannalta on ainoa tehokas keino. Ja sen takia mä pidän tätä Rohto-projektia ensiksikin erittäin tärkeänä. Ja sitten toinen, että niillä rajallisilla resursseilla joita sillä on ollut käytettävissä, niin se on tehnyt erittäin hyvää työtä.”

Toiminnan tehokkuudesta esitettiin kuitenkin myös toisenlaisia näkemyksiä, joskin samalla korostettiin tehtävän haasteellisuus.

“No se on ollut tarpeellinen... mutta tuota... sen toteuttaminen ei ole mielestäni ollut kovin tehokasta. Kysymys on tietysti sitten siitä, että on niin vaikeasta asiasta kysymys. Mutta että siinähan ei kovin, kovin suurta joukkoa sitten loppujen lopuks, verrattuna alkuperäisiin tavoitteisiin, niin ole saavutettu, näitä lääkäreitä.”

Toisena syynä vähäiseen tehokkuuteen esitettiin ettei toiminta ollut tarpeeksi foku-soitunutta vaan rönsyillyt moneen suuntaan.

Projektiorganisaatiota pidettiin monissa lausunnoissa isona ja moniportaisena ja sen vuoksi raskaana. Viranomaiset toivat mukanaan tiettyä ”tarvittavaa” jäykkyyttä. Or

ganisaatiotasojen välillä ei ollut riittävän hyvää kontaktia. Kunnallisten työnantajien vähäistä roolia pidettiin ongelmana. Kaikilla taustaorganisaatioilla oli kuitenkin sananvaltaa projektin asioista päätettäessä, johtoryhmässä vallitsi hyvä henki ja asioista päätettiin yksimielisesti. Eräs haastateltava varoitti kuitenkin vetämästä liiallisia johtopäätöksiä johtoryhmässä vallinneesta yksimielisyydestä ja sen vaikuttavuudesta käytännön toimiin.

“Että kyllähän siellä siis tämä ylätason yhteisymmärrys on helppo saavuttaa, mutta siitä tulee aika helposti sitten se päättämisen harha, että sitä kuvittelee, että siitä sitten kentällä saavutetaan se yhteisymmärrys yhtä erinomaisesti.”

Johtoryhmän työskentelyyn sen jäsenet olivat tyytyväisiä. Jossain määrin oli koettu johtoryhmän olleen etäinen käytännön toiminnasta.

“Ehkä johtoryhmä, sanoisko että se tehtävä mikä sillä oli, niin sen se on täytännyt minusta oikein hyvin. Johtoryhmä tietysti olis voinu olla ehkä tiiviimmin sen seurantaryhmän kanssa yhteistyössä... ja sillälailla niinkun ehkä itekin saada sitä infoa paremmin ja ehkä päästä vielä voimaperäisemmin joihinkin asioihin vaikuttamaan, mutta siinä muodossa kun tavallaan se johtoryhmän tehtävä annettiin ja asetettiin, niin minusta johtoryhmä on toiminut hyvin ja kuten sanoin, niin tätä loppua kohden se on kyllä kaiken lisäksi petrannut sitä, tehostanut toimintaa.”

Johtoryhmän jäsenten ja niiden taustaorganisaatioiden sitoutumista kiitettiin.

“Niin, johtoryhmän ehkä tärkein tehtävä alusta lähtien on nähty et se, se on turvannu tän projektirahoituksen tän homman jatkumisen kannalta. Ja jos sitä käytetään mittarina, niin joka kerta se rahoitus on järjestynyt. Ja poikkeuksetta se mikä on tarvittu, ja joskus enemmänkin. Ja sitä tietysti voi ehkä pitää tällaisen kireän rahoituksen aikana merkinä siitä, että se johtoryhmä on toiminnassaan onnistunut ja siinä on ollut sitoutumista siihen asiaan.”

Yhteenveto ja johtopäätökset

Johtoryhmä on työskennellyt projektisuunnitelmassa määritellyn ”toimenkuvansa” mukaisesti. Johtoryhmä määritteli alussa projektin yleistavoitteet ja on myöhemmin todennut toiminnan kaventuneen näihin verrattuna. Huomiota on kiinnitetty tarpeeseen ohjata alueellista toimintaa käsittelemään myös valtakunnallisesti tärkeitä lääkeshoidon alueita. Työn jatkuvuudesta on kannettu huolta ja annettu tätä koskevia toimeksiantoja seurantaryhmälle. Johtoryhmä on päättänyt toiminnan jatkamisesta projektikauden päättymisen jälkeen ja huolehtinut ryhmässä edustettavina olevien viranomaistahojen sitoutumisesta rahoittamaan uutta toimintaa. Johtoryhmä on liittännyt jatkamispäätökseen eräitä yksityiskohtaisia kannanottoja toiminnan suuntaamisesta. Johtoryhmä ei ole pyrkinyt järjestelmällisesti arvioimaan hankkeen etenemistä ja sen tuloksia. Johtoryhmän jäsenet mainitsevat projektin tärkeäksi tulokseksi eri sidosryhmien hyvän yhteistyön muotoutumisen ja ovat tyytyväisiä ryhmän toimintaan.

Johtoryhmän tehtävänä on ollut projektin ”strateginen päätöksenteko”. Todellisuudessa kuitenkin olosuhteet ovat muodollista päätöksentekoa vahvemmin vaikuttanut projektin aikana syntyneisiin linjamuutoksiin, ja valinnat on tehty lähinnä projektin

työntekijöiden toimesta. Alkuperäisissä suunnitelmissa määriteltiin projektin kohderyhmäksi (kaikki) lääkkeitä määräävät lääkärit (ja yleisö). 15.5.1998 päivätyssä projektisuunnitelmassa asia on ilmaistu vielä selkeämmin: ”Ohjelman keskeisenä kohderyhmänä ovat avohoidossa ja sairaaloissa toimivat lääkärit. Avohoidon lääkärit saavat nykyisin suuren osan lääkkeitä koskevasta tiedostaan lääketeollisuudelta. Sairaalalääkärit vaikuttavat merkittävästi avohoidonkin lääkityksiin konsultaatioiden kautta sekä välillisesti pitkäaikaishoitoja aloittaessaan.” Samoin alkuperäisissä suunnitelmissa alueellinen toiminta aiottiin järjestää sairaanhoitopiirikohtaisesti rekrytoimalla vetäjiksi sairaala- ja yleislääkäriyöpari.

Käytännössä kohderyhmäksi muodostui vain perusterveydenhuollon lääkärit eikä sairaanhoitopiirin laajuista verkostoa pystytty rakentamaan. Vasta 26.6.2000 päivätyssä vuoden 2000 toimintaohjelman tarkisteessa tärkeimmäksi kohderyhmäksi ilmoitettiin perusterveydenhuollon lääkärit.

Seurantaryhmä

Seurantaryhmä on kokoontunut kuten suunniteltiin kuukausittain kesäkaudesta lukuun ottamatta. Se on mahdollistanut tiiviin osallistumisen Rohto-projektin työskentelyyn. Kunkin kokouksen yhteydessä on pöytäkirjamerkintöjen perusteella käytetty melko runsaasti aikaa projektipäällikön tilannekatsauksiin ja niistä keskustelemiseen. Seurantaryhmä on niiden yhteydessä ottanut kantaa myös varsin yksityiskohtaisiin asioihin. Esimerkkeinä mainittakoon päätös tukea erästä EU-hanketta (Potilaiden lääkekustannusten vaikutus potilaiden ja lääkäreiden lääkepäättöksiin) (16.5.2000), päätös olla osallistumatta Makropilottihankkeen asiantuntijaryhmän työhön (9.6.2000), Rohto-kyselyn kaavakkeen yksityiskohtainen käsittely (21.8.2000) sekä elektronisen reseptin lääkeannoksen koodaus (17.9.2001).

Vuonna 1999 seurantaryhmä keskittyi toiminnan käynnistämiseen ja alueelliseen toimintaan, mikä oli projektin alkuvaiheen tärkein toimintamuoto. Vuonna 2000 huomio kiinnittyi entistä enemmän Rohto –pajoihin, ja vuonna 2001 seurantaryhmä käytti eniten aikaa jatkotoiminnan suunnitteluun.

Projektipäällikkö toi seurantaryhmälle tiedoksi myös runsaasti asioita, jotka hän arvioi kiinnostaviksi projektin kannalta. Pöytäkirjoihin kirjatut arviot toteutuneesta toiminnasta esitettiin myönteiseen sävyyn.

Johtoryhmä päätti 3.4.2000 että arviointitutkimuksen seuraaminen kuuluu seurantaryhmälle. Valmistuneet väliraportit on viety seurantaryhmän käsiteltäviksi. 7.5.2000 päivätty raportti käsiteltiin seurantaryhmässä 16.5.2000 ja 9.6.2000. Pöytäkirjamerkintöjen mukaan ei päätetty toimenpiteistä raportin johdosta. Sen vuoksi sovittiin sosiaali- ja terveysministeriön asettaman valvojan kanssa, että 2.10.2000 päivätty raportti käsitellään erillisessä seurantaryhmän jäsenille järjestetyssä työkokouksessa. Sellainen pidettiin 18.10.2000. Kokoukseen osallistui puheenjohtajan lisäksi kaksi seurantaryhmän jäsentä. Kokouksessaan 21.11.2000 seurantaryhmä otti yksityiskohtaisesti kantaa arviointiraportin suosituksiin. Myönteisesti suhtauduttiin seuraaviin suosituksiin: erilaisten koulutusmuotojen kokeilu, huomion keskittäminen alueellisten koulutusryhmien oppimistavoitteisiin, yhteistyön parantaminen paikallisten asiantuntijoiden kanssa, sekä dokumentaatiotapojen parantaminen siten, että ne tukevat han-

ketta. Sen sijaan kouluttajakoulutuksen lisäämiseen ei katsottu olevan voimavaroja. Osahankkeiden selkeämpää projektihallintaa ei pidetty tarkoituksenmukaisena. Elektronisia materiaalipaketteja ei pidetty tarpeellisina. Terveyskeskusten sitoutuminen Rohto –hankkeeseen on tärkeää, mutta virallisiin sopimuksiin ei haluta pyrkiä.

Vuoden 2000 arviointiraportista seurantaryhmä keskusteli 15.2.2001 ja 20.3.2001. Projektipäällikkö oli laatinut omat kommenttinsa seurantaryhmän käyttöön. Hän totesi mm. paikallisten ohjaajien verkoston luomisen olevan eräs hankkeen tärkeimmistä toiminnoista. Kevään 2001 aikana tulisi ratkaista miten verkoston ylläpidosta voidaan huolehtia. Vaikuttaminen kuntiin ja sairaanhoitopiireihin kehittämistoiminnan laajentamiseksi Rohto –projektin tavoitteiden suuntaiseksi voi tapahtua vain informaatio-ohjauksen keinoin. Kansaneläkelaitoksen reseptitietokantaan perustuvan henkilökoh-
taisen lääkkeenmäärittämisen palautetiedon käyttö oman toiminnan kriittiseen arviointiin tiedetään tehokkaaksi, mutta se voi Rohto –pajoissa toteutua vain satunnaisesti koska ko. tietojen tuottaminen on suuritöistä. Seurantaryhmä totesi 15.2.2001 että ”pidemmällä aikavälillä on erityisesti paikallista ja alueellista toimintaa kyettävä laajentamaan. Toisaalta ei ole järkevää luoda ja ylläpitää pelkästään lääketiedon implementaatioon keskittyvää verkostoa, vaan sen kytkeminen muuhun mahdollisesti luotavaan lääkäreiden täydennyskoulutusjärjestelmään sekä tiedon tuottajiin on tärkeää”. Tämä merkitsi myönteistä suhtautumista erääseen arviointiryhmän suositukseen.

11.6.2001 jätetty arvioinnin väliraportti käsiteltiin seurantaryhmän kokouksessa 29.8.2001. Pöytäkirjan mukaan ”raportissa esitetyt huomiot ja ehdotukset on otettu ja tullaan ottamaan huomioon jatkotoimia suunniteltaessa. Missä laajuudessa ehdotuksia voidaan toteuttaa riippuu siitä, miten paljon voimavaroja (ei ainoastaan taloudellisia, vaan inhimillistä tietotaitoa ja kokemusta) toiminnassa on käytettävissä”.

Haastattelut

Erillishaastattelussa elokuussa 2000 seurantaryhmän puheenjohtaja kommentoi ryhmän toiminta seuraavasti (arviointitutkimuksen vastuuhenkilön kirjaamana):

Rohto-projektin lähtökohtana oli sosiaali- ja terveysministeriön lääkekustannustyöryhmä, jonka monet esitykset olivat teknisluontoisia (ja niitä on myös toteutettu), mutta eräs aloite oli *rationaalisen lääkkeenmäärittämiskäytännön edistäminen*. ”Villa-
koiran ydinhän” on lääkäreiden motivoiminen toimimaan näiden tavoitteiden mukaisesti. Seurantaryhmän ymmärrys on syventynyt näissä asioissa: Lääkekustannuksia ei voida nähdä ”eriytyneenä ilmiönä” muista asioista irrallaan, vaan lääkehoito on osa potilaan kokonaishoidon toteutusta. Tavoitteeksi nousi lääkäreihin vaikuttaminen heidän arkitoiminnassaan. Yksityiskohtainen interventio olisi ollut esim. edesauttaa siirtymistä geneeristen valmisteiden käyttöön, mutta valittiin *yleisempi linja* (periaate, jonka mukaan rationaalista lääkehoitoa tarkastellaan osana kokonaishoitoa). Toimintamuoto on tavallaan ollut ”herätysliike” – eri toimijoita on haluttu valistaa ja heidän kiinnostuksensa herättää. Siinä on myös onnistuttu.

Projekti halutaan nähdä nimenomaan *kehittämishankkeena*. Kyseessä ei ole projekti jolla on kiinteät kehykset ja selkeä tavoite, jota olisi helppo suoraviivaisesti arvioida. On siis olemassa jännite projektin yleisluontoisen lähestymistavan sekä prosessipainotteisen suuntauksen toisaalta ja arviointitavan toisaalta – eli esitettyjen yksityiskohtaisten arvioiden – välillä. Arviointi kuitenkin herättää hyödyllistä pohdintaa ja

antaa mahdollisuuden eri toimijoille ”peilata” toimintaansa. Yksimielisyys ei ole tärkeää, vaan eri näkemysten luoma dynamiikka on hyödyksi. Se antaa näkemyksiä ja ymmärrystä ja luo edellytyksiä yhteistyölle eri sidosryhmien välille (esimerkiksi koskien vuoden 2001 jälkeistä aikaa). On tärkeää päästä purkamaan jännitteitä ja löytää yhteinen nimittäjä. Projektin operatiivista päätöksentekoa on yksinkertaistettu siten, että seurantaryhmän puheenjohtaja on tehnyt tarvittavat päätökset projektipäällikön ”esittelystä”. Seurantaryhmä on pystynyt keskittymään strategiseen päätöksentekoon.

Marraskuussa 2000 tehdyissä haastatteluissa seurantaryhmän jäsenet pohtivat varsin yksityiskohtaisesti omaa työskentelyään. Katsottiin että seurantaryhmän tärkeimpiä tehtäviä oli tietojen vaihto ja projektipäällikön ”sparraaminen”. Seurantaryhmän jäsenet kokivat voineensa olla projektin lisävoimavaroja ja antaneensa tukea projektipäällikölle. Seurantaryhmä olikin hyvin aktiivinen ja kävi useasti ”aivoriihenomaista” keskustelua projektin päällikön kanssa projektin toiminnasta. Eräillä jäsenillä oli myös tavoitteena seurantaryhmänä pohtia ja ottaa opiksi saaduista kokemuksista.

Arviointiryhmä katsoi haastatteluja koskevassa analyysissään, että seurantaryhmän eri aloja edustava asiantuntemus on ollut omiaan lisäämään hankkeen monipuolisuutta ja toisaalta toiminnan pirstoutumista moniin eri toimintalohkoihin suunnattuihin osaprojekteihin. Seurantaryhmän jäsenten osallistuminen hankkeeseen oli sitoutuneempaa kuin mitä ryhmän nimi antaa aiheen olettaa. Toimintaa koskevaan ideointiin ja osittain myös konkreettiseen toimintaan mukaan meneminen antoi ryhmälle ”operatiivisen” roolin. Seurantaryhmästä oli tullut osa projektin toimintaorganisaatiota ja sen jäsenten työpanos kompensoi projektin niukkoja henkilöstövoimavaroja.

Syyskuussa 2001 suoritettut haastattelut vahvistivat aikaisempia havaintoja ja johtopäätöksiä. Seurantaryhmän jäseniltä kysyttiin mm. heidän yleisnäkemystään projektista sekä mielipiteitä projektiorganisaatiosta ja seurantaryhmän toiminnasta.

Seurantaryhmän jäsenet pitivät projektin merkitystä suurena. Pidettiin tärkeänä, että projektissa oli ennakkoluulottomasti kokeiltu uutta toimintamallia, ja sitä pidettiin toimivana. Hanke oli paljastanut että lääkärit ovat kiinnostuneita toimintansa kehittämistä. Vaikutusten arveltiin kuitenkin jäävän ensisijaisesti yleiselle tasolle.

”Sen merkityksestä... uskoisin, että sillä on vaikutusta Suomen, sanoisko lääkepolitiikkaan ja yleensäkin, miten nyt sanois, myöskin lääkäreitten täydennyskoulutukseen liittyviä näkökulmia on noussut esille, että silläkin rintamalla. Sanoisin että sekä lääkepolitiikkaan, että sitten tähän lääkäreitten täydennyskoulutukseen liittyen.” (SR 01)

”Hoitokäytäntöjen merkityksen muuttumisen tasolla merkitys on ollut pieni. Mutta muissa asioissa tää on ollut iso. Ja niitä merkityksiä on monenlaisia. Esimerkiksi se, että miten eri tahot ja viranomaiset ja lääkärijärjestöt on puhaltanut positiivisesti yhteen hiileen tässä, niin ollut kauheen hienoa. Ja sitten että miten saadaan tälle alueelle tällainen hyvin monitahoisia, moninaisia toimia käyttävä projekti, niin se on ollut hienoa. Ja tässä on luotu edellytykset sille hoitokäytäntöjen muuttamiselle.” (SR 08)

Organisaation vahvuutena nähtiin se, että kaikki keskeiset vaikuttajatahot olivat mukana. Se toisaalta merkitsi myös raskasta organisaatiota, mutta asioita oli pystytty hoitamaan joustavasti.

“Se on vähän raskas tietysti, sen on puolipakko olla, kun siinä on niin paljon taustayhteisöjä ja täytyy kyllä sanoa, että siinä on johtoryhmä ja seurantar ryhmä ilmeisen hyvin mieltänyt sen oman roolinsa, eli projektipäällikölle ja toimistolle on jätetty kuitenkin kiitettävän paljon tällaista joustavaa toimintavaraa. Ettei kaikkea tarvi kysyä ja hyväksyttää jossakin. Siinä mielessä se on ehkä sitten toiminut paremmin kuin mitä tomonen voisi toimia.”

Seurantar yhmän toimintaan oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä. Ryhmän ottama ”operatiivinen rooli” tuotiin esille. Ryhmä oli voinut myös toimia ”koeponnistusfoorumina”. Seurantar yhmän jäsenten asiantuntemusta oli käytetty hyväksi projektissa, mikä koettiin myönteisenä. Toiminta oli ollut aktiivista, jopa aktiivisempaa kuin oltiin osattu odottaa, ja yhteistyöhenkeä kiitettiin.

“No sanotaanko, että seurantar yhmällä on ollut hyvin aktiivinen rooli. Ehkä aktiivisempi kuin alun perin ajateltiinkaan. Mutta olen itse kokenut sen vain positiiviseksi. Sillä tavalla, että tämä seurantar yhmä on sitten tuonut näiden eri taustaryhmien ajatuksia ja toivomuksia toimivalle projektijohdolle. Eli projektin palkkalistoilla oleville henkilöille. Ja pyrkinyt sitten myöskin välittämään sellaista taustatietoa, mikä on auttanut tätä toimivaa johtoa suunnittelemaan työtänsä oikealla tavalla.” (SR 05)

“Ja tuota tässä on ollu sillai kiva semmonen positiivinen tekemisen henki, kaikki on ollu sillai positiivisesti mukana tässä.” (SR 08)

Yhteenveto ja johtopäätökset

Seurantar yhmä oli huomattavan aktiivinen osa projektiorganisaatiota. Ryhmä kokoontui tiiviisti, kuuli projektipäällikön selostuksia, otti kantaa myös yksityiskohhtiin sekä teki operatiivisia päätöksiä. Ryhmän jäsenet olivat oman alansa asiantuntijoita ja osallistuivat ”luottamushenkilöstatuksestaan” huolimatta aktiivisesti projektin toimintaan. He saattoivat näin vahvistaa projektin erittäin pientä toimeenpano-organisaatiota. Ryhmä halusi korostaa Rohto –projektin luonnetta kehittämisprosessina. Seurantar yhmä ja sen jäsenet olivat projektipäällikölle tärkeä tuki. Seurantar yhmä kuitenkin sai näin korostetun operatiivisen roolin eikä se varsinaisesti toiminut projektiorganisaatiota ohjaavana ja valvovana ryhmänä. Koska johtoryhmä kokoontui hyvin harvoin tämä projektin järjestelmälliseen toteuttamiseen kuuluva tehtävä jäi puuttumaan.

Projektin toimeenpano-organisaatio

Projektin toteutuksesta vastasi vuonna 1999 projektipäällikkö. Vuosina 2000 ja 2001 hänen apunaan oli projektilääkäri. Nämä kaksi henkilöä vastasivat projektin suunnittelusta ja toteutuksesta, johon kuuluivat koulutustilaisuuksien järjestäminen, Rohtopajatoiminta, tiedotus ja raportointi. Tärkeän lisätuen antoi Kansaneläkelaitoksen tutkijalääkäri, joka osallistui Rohto -pajojen suunnitteluun ja toteutukseen. Koska tämä

tapahtui virkatyönä, työpanos ei rasittanut projektin talousarviota. Ideoinnissa ja suunnittelussa projektipäällikkö käytti ad hoc –asiantuntijaryhmiä. ”Aivoriihitilaisuuksia” järjestettiin muutama vuosittain.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Ottaen huomioon kunnianhimoiset tavoitteet, laajan työkentän (ennen kaikkea alueellisen verkoston tuki ja Rohto -pajatoiminta) sekä koko ajan muuttuvat työsuunnitelmat, voimavarat olivat vahvasti alimitoitettut. Kolmannes projektin talousarviosta osoitettiin alueellisten toiminnan ylläpitämiseen. Projektiorganisaation vahvistaminen olisi voinut tapahtua reallokoimalla osa näistä voimavaroista.

Projektipäällikkö ja projektilääkäri ovat monipuolisen kokemuksen omaavia perusterveydenhuollon lääkäreitä. Projektipäällikkö oli ennen Rohto –projektia vastannut Keski-Suomessa toteutettavasta ”Ongelmista opiksi” -nimisestä pienryhmätoimintaan perustuvasta perusterveydenhuollon lääkäreiden täydennyskoulutushankkeesta. Alueellisen toiminnan suuri paino ja sen koulutuksellinen luonne olisi kuitenkin edellyttänyt, että projektiorganisaatiolla olisi ollut käytettävissään useamman koulutuksen asiantuntijan kiinteä panos. Nyt lisäasiantuntemus ja tuki jouduttiin hankkimaan konsulttipalveluna, joka häytti toiminnan johdonmukaisuutta ja jatkuvuutta. Alueellisen toiminnan kouluttajakoulutuksen suunnitteluun osallistui kolme eri pedagogista asiantuntijaa ja koulutustilaisuuksissa käytettiin sen lisäksi useita muita palkkioperusteisia tai vapaaehtoisesti esiintyviä kouluttajia.

Erikoissairaanhoidon asiantuntemus projektiorganisaatiossa jäi yhden konsultoivan erikoislääkärin varaan.

Taustaorganisaatioiden rooli

Eri taustaorganisaatioiden edustajat johto- ja seurantaryhmissä esittivät sekä vuonna 2000 että vuonna 2001 selkeitä ja yhdenmukaisia kannanottoja edustamansa yhteisön roolista Rohto -projektissa.

Kansaneläkelaitos oli hankkeen päärahoittaja. Projekti koettiin niin tärkeänä ettei ”rahan kaivaminen esille” ollut suuri huolenaihe. Panostus oli kuitenkin pientä verrattuna lääketeollisuuden vastaaviin satsauksiin. Kansaneläkelaitoksen näkemyksiä oli riittävästi kuunneltu hankkeessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö toimi aloitteentekijänä ja eri tahojen kokoojana. Ministeriön edustajilla oli keskeinen rooli projektiorganisaatiossa. Seurantaryhmän puheenjohtaja toimi projektipäällikön ”esimiehenä” ja työnantajaedustajana. Ministeriölle oli tärkeää mahdollisuus kokeilla lääkärijärjestöjen kanssa uusia, muita kuin hallinnollisia toimenpiteitä keskeisen valtakunnallisen terveyspolitiikan tavoitteen toteuttamiseksi.

Kuntaliiton edustajien mielestä liiton rooli oli vähäinen mutta projektin ”mandaattia” lisäävä. Edustajat halusivat antaa lähinnä omaa asiantuntijapanostaan hankkeeseen.

Lääkelaitoksen osallistuminen oli erilaista kuin mitä laitoksen piirissä alunperin uskottiin. Koska hankkeessa haluttiin ”häivyttää viranomastaustatahot aika pitkälle pois näkyvistä” laitoksen edustajat antoivat sisäistä asiantuntija-apua ja tuottivat taustamateriaalia. Vuoden 2001 haastattelussa nousi esiin ajatus siitä, että Lääkelaitoksen tiedontuotantoa olisi voitu hyödyntää projektissa tehokkaammin.

Opetusministeriön intressi oli seurata projektia lähinnä lääkärikoulutuksen näkökulmasta.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim halusi antaa projektille taustatukea ja uskottavuutta. Seuran edustajat olivat keskeisesti ideoimassa projektia ja sen käynnistämistä.

Suomen lääkäriliitto korosti lääkärijärjestöjen saaneen hankkeen myötä haasteen osoittaa miten ruohonjuuritasolta lähtenyt muutoshanke voidaan toteuttaa. Vuonna 2001 nousi haastatteluissa esiin tarve kytkeä alueelliset lääkärijärjestöt mukaan jatko-hankkeeseen.

Haastateltavat esittivät näkemyksiä myös henkilökohtaisista rooleistaan. Useimmat kokivat olevansa asiantuntijoita ja vastuussa tiedon välittämisestä projektista omassa organisaatiossaan. Tämä tukee sitä, mitä aikaisemmin on sanottu seurantaryhmän ja sen jäsenten roolista projektissa.

Yhteenveto ja suositukset

Toimijat suhtautuivat pääosin myönteisesti projektin toteutukseen ja luotuun organisaatioon ja korostivat ennen kaikkea eri taustaorganisaatioiden yhteistyön tärkeyttä. Tavoitteita pidettiin haastavina, ja niitä oli hankkeen aikana pakko madaltaa. Toimijat kertoivat ylioptimistista ennakkokäsityksistä, jotka muuttuivat realistisemmaksi hankkeen edetessä. Eräs haastateltava ilmaisi asian niin, että lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöihin ei pystytty vaikuttamaan, mutta sille oli luotu edellytykset.

Yhteistyö sekä johto- että seurantaryhmässä sujui osapuolten mielestä hyvin. Johtoryhmä toimi selvästi taustaorganisaatioiden virallisena kokoontumispaikkana ja keskittyi tavoitteiden määrittelyyn sekä suunnitelmien ja raporttien hyväksymiseen. Seurantaryhmä otti aktiivisesti osaa projektin toimintaa ja täydensi sekä asiantunteuksensa että käytännön työpanoksensa kautta hyvin pientä toimeenpano-organisaatiota. Tästä seurasi kuitenkin myös seurantaryhmän roolin ”sekoittuminen”: ryhmä on ollut ”operatiivinen” ja projektin ohjaus- ja valvontatehtävä jäi taka-alalle. Ideoiva keskustelu oli välillä joidenkin jäsenten mielestä tuntunut ”löysältä” ja he olisivat toivoneet tiiviimpää työskentelyä.

Toimeenpano-organisaatio oli suhteessa tavoitteisiin sekä tehtävien laajuuteen ja monimuotoisuuteen selvästi alimitoitettu. Projektipäällikön käsityksen mukaan kyseessä ei ollut rahoituksen niukkuus vaan vaikeus rekrytoida osaavia projektityöntekijöitä.

Sekä seurantaryhmän puheenjohtaja että projektipäällikkö korostivat voimakkaasti että Rohto –projekti nimestään huolimatta ei ollut projekti vaan kehittämishanke. Tämä käsitys oli myös syyskuussa 2001 tehtyjen haastattelujen valossa muuttunut

yleiseksi johto- ja seurantaryhmän jäsenten keskuudessa. Tämän vuoksi ei ole yllättävää, että järjestelmällisen projektityöskentelyn tunnusmerkit puuttuivat toiminnasta. Siinä korostui päinvastoin ideointi, kokeilut ja suunnan muutokset.

Kehittämishankkeeseen sopii projektin aikana tapahtunut aktiivinen ideointi ja aivoriihi työskentely, joihin osallistui laaja joukko myös ulkopuolisia toimijoita, ja kokeileva ote.

Järjestelmällisen kehittämistyön tulisi kuitenkin noudattaa myös seuraavia periaatteita:

- tavoitteiden osittaminen käytäntöön sovellettavien tai kokeiltavien osakokonaisuuksien määrittelemiseksi
- tavoitteiden operationalisointi sekä toimeenpanon tai kokeilun järjestelmällinen suunnittelu ja toteutus
- viimeksi mainitun osana toimintamallin tunnistaminen ja kuvaaminen (työskentelytavat ja niiden tunnetut tai oletetut vaikutukset sekä suhde ulkopuolisiin tekijöihin)
- toimeenpanon tai kokeilun järjestelmällinen seuranta
- seurannassa saatujen tietojen ja kokemusten vertaaminen tavoitteisiin sekä tavoitteiden ja toimeenpanon kriittinen arviointi
- saavutettujen tulosten, kerättyjen kokemusten ja yleistettävien johtopäätösten muotoileminen.

Kehittämishankkeisiin liittyy usein myös seuraavat piirteet:

- ulkopuolisten esimerkkien etsiminen ja niihin tutustuminen sekä esikuvina toimivien toimintakäytäntöjen tunnistaminen ja kokeilu (benchmarking)
- aktiivinen kokemusten vaihto muiden toimijoiden kanssa ja mahdollinen muodollinen vertailu (vertaisarviointi).

Kehittämisen ja kokeilutoiminnan toteutuksen ohjelmallisuuden lisääminen e.m. keinojen avulla varmistaa, ettei uuden järjestelmällisen tiedon ja kokemuksen tunnistamis- ja muotoilemismahdollisuuksia menetetä tilanteissa, joissa ulkoiset olosuhteet muuttuvat ja alun perin asetetut tavoitteet osoittautuvat epätarkoituksenmukaisiksi.

Näitä järjestelmällisen kehittämistoiminnan menettelytapoja tulisi soveltaa vuoden 2002 alusta Rohto-toimintaa jatkettaessa. Samoin kannattaa korostaa, että kuvatuksen kehittämistoiminnan onnistumisen todennäköisyys kasvaa ja siitä saatava arvo lisääntyy, mikäli se toteutetaan toimintatutkimukseen, järjestelmälliseen organisaation kehittämiseen (organisational development, OD) tai laadunhallintaan (continuous quality improvement, CQI) perehtyneiden asiantuntijoiden tuella.

ALUEELLINEN PIENRYHMÄTOIMINTA 1999-2001

Alueellisella pienryhmätoiminnalla tarkoitetaan eri puolilla Suomea toimineita pienryhmiä, joiden toimintaa organisoivat paikalliset yhdyshenkilöt. Yhdyshenkilöverkosto sai koulutusta ja muuta tukea (mm. materiaaalipaketit) projektin johdon järjestämänä.

Alueellisen toiminnan kohderyhmäksi muodostui jo varhaisessa vaiheessa perusterveydenhuollossa työskentelevät lääkärit sairaalalääkäreiden jäädessä toiminnan ulkopuolelle. Tämä johtui lähinnä yhdyshenkilöiden omasta taustasta. Toiseksi syyksi mainittiin avohoidon merkittävä lääkekulutus.

Projektin alussa alueelliset yhdyshenkilöt laativat omat alueelliset tavoitteet vuodelle 1999. Tavoitteet olivat monen yhdyshenkilön kohdalla epämääräiset ja vaikeasti operationalisoitavissa. Tämä heijasti yhdyshenkilöiden projektin alkuvaiheessa kokemaa epävarmuutta koulutustehtävänsä suhteen.

Alueellisten pienryhmien toiminta käynnistyi lähes kaikilla alueilla ongelmalähtöistä oppimismenetelmää noudattaen. Valtaosalle yhdyshenkilöistä osallistujakeskeiset toimintamuodot olivat uusia, ja ongelmalähtöinen oppimismenetelmä toi struktuuria toimintaan. Ongelmalähtöinen oppiminen - termi jolla usein viitataan mihin tahansa opetusmenetelmään jossa potilastapauksilla on keskeinen rooli - on sekä koulutusmenetelmä että koulutusfilosofia. Se sisältää seuraavat elementit (Maudsley 1999):

- tähtää tietojen tehokkaaseen hankkimiseen tapausten käsittelyn pohjalta
- oppiminen rakentuu aiemmin opitulle tiedolle, on integroitua, sisältää kriittistä ajattelua ja oppimisen reflektiota sekä oppimisen iloa
- tavoitteet saavutetaan ohjatun pienryhmätyöskentelyn ja itsenäisen opiskelun kautta
- 'potilastapaus ensin' eli tapaus toimii oppimisprosessin lähtökohtana.

Suunnitelman mukaan alueellisen toiminnan piti käynnistyä vuoden 1999 alussa, mutta se saatiin käyntiin vaiheittain kevään 1999 aikana.

Yhdyshenkilöt

Taulukko 10. Alueellisen pienryhmätoiminnan yhdyshenkilöt ja osallistujat 1999–2001

Yhdyshenkilö	Osallistuneet lääkärit (+hoitohenkilökunta)				
	Vuosi 1999	Kevät 2000	Syksy 2000	Kevät 2001	Tilanne syys- kuussa 2001
Etelä-Pohjan- maa	20	10 (+10-20)	10 (+10-20)	10 (+10-20)	Lopettanut
Espoo	40	Lopettanut (ryhmät siirtyivät uusille yhdyshenkilöille)			
Pirkanmaa	15	20	23	21-28	20
Savonlinna	20	20	13	7-12	14 (+7)
Kuopio	15	Lopettanut			
Suonenjoki	6	5	Ei toi- mintaa	Lopettanut	
Turku	20	Lopettanut			
Turku	25	Suunniteltiin vain puolen vuoden projektiksi			
Uusimaa	7	7	Ei toi- mintaa	5	Ryhmä lopetti toimintansa
Espoo	10	10	10	10 (+20)	10 (+6-16)
Espoo	Aloitti v. 2000	15	7	7	7
Sisä-Savo	Aloitti v. 2000	8	17	6-13 (+3- 6)	10 (+5)
Hervanta	Aloitti v. 2000	9	9	9	9
Espoo	Aloitti v. 2000	15	6	6	6
Karjaa	Aloitti syksyllä 2000		7	7	7
Haapavesi	Aloitti v. 2001			3-6 (+3-12)	3-6 (+3-12)
Yhteensä	178	129	117	n. 105 (+hoitajia)	n.90(+hoitajia)

Yhdyshenkilöiden taustakysely

Kymmenestä vuoden 1999 alusta toimintansa aloittaneesta alueellisesta yhdyshenkilöstä kahdeksan palautti taustakyselyn arviointiryhmälle. Viisi vastaajista oli yleislääketieteen erikoislääkäreitä, ja heistä neljällä oli toinenkin erikoisala (geriatria, psykiatria, kliininen genetiikka, sisätaudit). Yksi vastaajista ilmoitti erikoisalakseen sisätaudit ja yksi työterveyshuollon. Yksi yhdyshenkilöistä ei ollut erikoistunut.

Vastaajista viisi oli aikaisemmin osallistunut joko lääkäreiden tai sairaanhoitajien peruskoulutukseen, kolmella ei ollut lainkaan aikaisempaa kouluttajakokemusta. Puolet

vastaajista oli osallistunut Työeläkelaitosten liiton järjestämään kuusipäiväiseen kouluttajakoulutukseen, puolella ei ollut mitään kouluttajakoulutusta taustalla.

Taustakyselyn mukaan yhdyshenkilöiden projektia kohtaan osoittamaan mielenkiintoon olivat osaltaan vaikuttaneet uudenlainen tapa kouluttautua ja kouluttaa, tärkeä ja kiinnostava aihe sekä mahdollisuus verkostojen luomiseen ja yhteistyön kehittämiseen esim. terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä. Projektin liittyvinä tavoitteina mainittiin yhteistyön parantamisen lisäksi hoitokäytäntöjen kehittäminen. Tärkeänä nähtiin, että kehittäminen ja täydennyskoulutus lähtevät liikkeelle toimijoiden tarpeista käsin.

Yhdyshenkilöiden oma käsitys roolistaan projektissa ei ollut vuoden 1999 alussa kaikille täysin selvä. Vastauksista ilmeni yhdyshenkilöiden kokema epävarmuus ennen toiminnan käynnistymistä. Itseluottamus näytti kuitenkin kohonneen onnistuneen toiminnan kautta. Yhdyshenkilöt näkivät tehtäväkseen tiedon keräämisen, koulutusryhmän kokoamisen ja toteutettavan koulutuksen ideoinnin.

Alueelliset ryhmät oli yleisimmin koottu kutsukirjeellä sekä suorilla yhteydenotoilla. Moni alueellinen kouluttaja oli tehnyt runsaasti työtä saadakseen projektille terveyskeskusten johdon tuen. Yleisenä ongelmana oli ollut projektin saaminen esille siitä koulutuksen massasta, jota oli tarjolla. Monissa terveyskeskuksissa oli projektin käynnistyessä pitkän ajan koulutussuunnitelmat jo valmiina.

Alueellisten ryhmien vuoden 1999 toiminta

Alueelliset toimintasuunnitelmat

Rohto-projektin yleistavoitteiden yleisluontoisuus ja alueellisille ryhmille – tietoisesti valitusta työskentelytavasta johtuen – annettu ”avoin valtakirja” merkitsi, että ryhmien tavoitteet olivat alussa paikallisesti asetettuja, hyvin erilaisia ja vain löyhästi projektisuunnitelmissa ilmaistuihin tavoitteisiin liittyviä. Kymmenestä alueellisesta yhdyshenkilöstä kaksi toimivat yhdessä, joten tavoitteita koskenut tarkastelu koski yhdeksää alueellista tavoitekokonaisuutta.

Yhdeksästä alueellisesta tavoiteasettelusta kuusi oli esitetty hyvin yleisellä tasolla ja huomattavasti laajemmin kuin Rohto-projektin yleistavoitteet. Lääkehoidon teemat eivät nousseet esille toimintasuunnitelmissa.

Arviointiryhmän suosituksesta Rohto-projektin seuranta- ja johtoryhmät tarkensivatkin omia tavoitteitaan. Silti arviointiryhmä painotti, että tavoitteiden puutteellisen operationalisoinnin vuoksi alueellisen toiminnan vaikuttavuuden välitön arviointi ei ollut mahdollista.

Ryhmien toiminta dokumentaation valossa

Vuonna 1999 toimi yhteensä 21 ryhmää eri puolilla Suomea. Ryhmät kokoontuivat keskimäärin 4 kertaa vuoden aikana. Osaltaan matalan kokoontumisfrekvenssin selit

tää se, että ryhmien toiminta kangerteli keväällä. Yhteensä osallistujia oli ryhmissä 178.

Projektin alussa yhdyshenkilöiden työpanosta kului runsaasti projektin tunnetuksi tekemiseen kollegojen keskuudessa. Osa yhdyshenkilöistä koki ryhmien kokoamisen ongelmalliseksi. Syynä tähän pidettiin lähinnä lääkärin ajanpuutetta runsaan koulutustarjonnan ja väestövastuun takia. Ongelmallisena koettiin myös aikaisempien mallien puuttuminen tämän tyyppiselle koulutukselle.

Toiminta käynnistyi kuitenkin pääsääntöisesti innostuneesti ja aktiivisesti. Osallistujat olivat erityisen tyytyväisiä koulutuksen käytännönläheisyyteen ja vapaamuotoiseen keskusteluun. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että koulutustilaisuuksissa kuultiin muiden mielipiteitä tutuista ongelmista. Ongelmalliseksi ryhmien työskentelyssä muodostui helposti se, että osallistujat jäivät pohtimaan ryhmätoiminnan käynnistämiseen tarkoitettuja tapausesimerkkejä, eivätkä päässeet ongelmanmäärittelyssä yleisemmälle tasolle. Osa osallistujista piti raskaana sitä, että he joutuivat itse etsimään ratkaisuja koulutuksessa määriteltyihin ongelmiin. Asiantuntijoiden käyttö teemojen purkutilanteissa koettiin positiivisena, etenkin silloin kun asiantuntija osasi antaa tilaa ryhmän jäsenille ja kommentoi keskustelua ongelmakohdissa.

Ensimmäisenä toimintavuonna ryhmien eri teemoista muodostamista oppimistavoitteista 29% liittyi lääkehoitoon, samoin 31% suunnitelluista toimintakäytäntöjen muutoksista. Arviointiryhmän aineiston mukaan neljässä alueellisessa ryhmässä laadittiin hoito-ohjelmia yhden tai useamman teeman osalta.

Osallistujien antaman palautteen mukaan koulutustilaisuuksista oli paljon käytännön hyötyä mm. paikallisten hoitokäytäntöjen selkiytymisen muodossa. Ainakin osassa ryhmiä vertailtiin aktiivisesti eri osallistujien toimintakäytäntöjä ja pohdittiin omien käytäntöjen rationaalisuutta. Hyvinkin tavanomaisesta aiheesta saatettiin löytää mielenkiintoisia yksityiskohtia, jos aiheeseen maltettiin paneutua pintaa syvemmälle.

Yhdyshenkilöiden raportit

Vuoden 1999 lopussa yhdyshenkilöiltä pyydettiin vapaamuotoinen raportti alueellisen toiminnan keskeisistä kysymyksistä ensimmäisen vuoden osalta.

Markkinointi, tiedottaminen ja ryhmien kokoaminen

Yhdyshenkilöt olivat pitäneet useita Rohto –ohjelman esittelytilaisuuksia, pääasiallisena kohteena ylilääkärit ja johtavat lääkärit sekä terveyskeskusten kollegakunta. Yleisin tapa ryhmien kokoamisessa oli henkilökohtainen kutsukirje, usein yhdistettynä koulutustarvekyselyyn.

Työterveyslääkäreiden ryhmän kokoaminen alkoi lehti-ilmoituksella ja STLY:n Uudenmaan alayhdistyksen kokouksissa pidetyillä esityksillä. Lopulta riittävä määrä osallistujia saatiin kokoon henkilökohtaisten kontaktien pohjalta.

Toiminnan vahvuuksia

Useat yhdyshenkilöt näkivät toiminnan vahvuutena ryhmäläisten innostuksen ja motivaation. Vaikka ongelmalähtöinen oppiminen koettiin melko työlääksi, sitä pidettiin myös tehokkaana oppimismenetelmänä.

Yhden yhdyshenkilön neljässä koulutusryhmässä käytettiin ensimmäiset kaksi kokoontumiskertaa osallistujien sitouttamiseen käsittelemällä terveyskeskuslääkärin osaamisalueita. Kokemukset tästä lähestymistavasta olivat erittäin myönteisiä.

Koulutuksen toteuttamista työajalla pidettiin merkittävänä tekijänä ohjelman jatkon kannalta.

Kehittämisen tarpeita

Monet yhdyshenkilöt nostivat esiin kehittämisalueena toiminnan laajentamisen ja uusien ryhmien rekrytoinnin. Kaksi yhdyshenkilöä kaipasi alueelleen työparia.

Saavutettiin asetetut henkilökohtaiset tavoitteet?

Puolet yhdyshenkilöistä ei ottanut kantaa siihen, saavutettiin vuoden alussa toimintasuunnitelmassa asetetut tavoitteet. Yksi yhdyshenkilöistä oli sitä mieltä, että tavoitteisiin päästiin, kaksi arvioi tavoitteiden toteutuneen osittain, ja yhden mielestä hänen toiminta-alueellaan tavoitteet eivät toteutuneet.

Kannattaako prosessia jatkaa omalla alueella?

Neljä yhdyshenkilöä katsoi, että heidän toiminta-alueellaan oli hyvät edellytykset jatkaa pienryhmätoimintaa. Kaksi suhtautui jatkoon varauksellisesti, kaksi ei ottanut asiaan kantaa. Epäilyksiä jatkon suhteen aiheutti lähinnä alhainen osallistumisaktiiviteetti pienryhmien toiminnassa.

Kouluttajakoulutus ja alueellisen toiminnan tuki

Yhdyshenkilöt osallistuivat kahtena ryhmänä tammi-helmikuun vaihteessa pidettyihin samansisältöisiin työpajoihin, joissa käsiteltiin aikuisen oppimista ja ryhmän ohjaamista. Toukokuun alussa kaikki kokoontuivat Helsinkiin päiväksi jakamaan ensimmäisiä toiminnan kokemuksia ja oppimaan lisää. Koulutus jatkui edelleen loka-kuussa päivän kestoisena tilaisuutena. Yhdyshenkilöt osallistuivat työpajoihin lähes täysilukuisina.

Työpajojen ohjelma laadittiin palautteen ja osallistujien tarpeiden pohjalta, ja ne suunniteltiin ja toteutettiin yhdessä KT Pirjo Ståhlen kanssa.

Sekä keväällä että syksyllä järjestetyissä työpajoissa – joissa suurin osa yhdyshenkilöistä oli läsnä – luotiin aluksi katsaus siihen, missä vaiheessa kukin yhdyshenkilö oli alueellisen pienryhmätoiminnan käytännön toteutuksessa. Tämän jälkeen keskusteltiin niistä henkilökohtaisista ongelmista, joita yhdyshenkilöt olivat kohdanneet matkan varrella. Molemmissa työpajoissa keskusteltiin myös projektin arvioinnista, sen merkityksestä sekä yhdyshenkilöiden roolista arvioinnissa käytettävän aineiston keräämisessä.

Kevään työpajassa kerrattiin koulutusmenetelmän (ongelmalähtöinen oppiminen, PBL) käytännön toteutusta. Osallistujien palautteen mukaan PBL-tilanteen käytännön harjoittelu oli tarpeellista kertausta, jonka avulla metodi ja sen struktuuri selvenivät edelleen. Osallistujat mainitsivat myös, että menetelmä vaatii vielä lisäkoulutusta. Tämän johdosta PBL-harjoitus kuului myös syksyllä 1999 järjestettyyn työpajaan, josta saadussa osallistujapalautteessa harjoitus mainittiin hyödyllisenä.

Menetelmän kertaamisen lisäksi keväällä 1999 kaivattiin projektin taholta tukea koulutusmateriaalien hankinnassa. Tilaisuudessa tultiin siihen tulokseen, että ennen materiaalipaketien valmistamista käsiteltävät aiheet on rajattava spesifimmälle tasolle. Myös syksyn tapaamisessa kaivattiin lisää materiaalia ja uusia Käypä hoito –suosituksia.

Projektipäällikön tehtävänä oli tässä vaiheessa alueellisten ryhmien toiminnan tukeminen. Ryhmien toiminnan käynnistyttyä niiden vetäjät tarvitsivat palautetta omasta toiminnastaan ja tukea koulutusmenetelmien edelleen kehittämisessä. Projektipäällikön rooli toiminnan kehittämisessä ja hallinnoinnissa vei kuitenkin resursseja uusien vaihtoehtoisten koulutusratkaisujen kehittämiseltä ja testaamiselta. Yhdyshenkilöt olisivat tarvinneet lisää pedagogista tukea ja koulutusta, jotta he olisivat kyenneet tehokkaammin toteuttamaan alueellisia suunnitelmiaan

Alueellisten pienryhmien syväseuranta

Vuonna 1999 arviointiryhmällä oli ns. syväseurannassa kaksi koulutusryhmää, joiden seurannasta esitetään lyhyt yhteenveto. Kolmas ryhmä, jonka oli tarkoitus olla osa syväseurantaa (Uudenmaan työterveyslääkärit) oli vuonna 1999 vasta käynnistysvaiheessa.

1.1.1.14 Turun Lapsi terveyskeskuksessa –seminaari

Koulutuksen toteutus

Huhtikuussa Turussa järjestetty Lapsi terveyskeskuksessa -seminaari toteutettiin yhteistyössä TYKS:n kanssa. Keskussairaalan erikoislääkäreitä osallistui seminaariin asiantuntijoina. Koulutus toteutettiin pääasiassa konkreettisten tapausesimerkkien ja asiantuntijoiden alustusten avulla. Seminaariin sisältyi myös Internetin käyttöön perehdyttäminen sekä hyödyllisiin linkkeihin tutustuminen.

Osallistujien koulutukselle asettamina tavoitteina painottuivat yhteistyön kehittäminen, kollegojen mielipiteiden kuuleminen, yhtenäisten hoitokäytäntöjen luominen, nopeampien konsultaatioreittien kehittäminen ja hoidon porrastuksen selkeyttäminen.

Osallistujapalaute

Osallistujat arvioivat seminaarin toteutusta sekä omaa toimintaansa koulutuksen ja ryhmätoiminnan arviointilomakkeen avulla. Koulutuksen toteutukseen oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä. Käytetyn menetelmän vahvuutena pidettiin mahdollisuutta aktiivi

seen osallistumiseen ja käytännönläheisyyttä konkreettisten potilastapausten muodossa. Tällaista koulutusta toivottiin järjestettävän lisää jatkossa.

Seminaarin eräänä tavoitteena oli kouluttaa terveyskeskuslääkäreistä pienryhmien kouluttajia, jotka voivat järjestää pienryhmäkoulutusta omissa terveyskeskuksissaan. Vain yksi osallistujista ilmoitti arviointilomakkeessa suunnittelevansa alueellista koulutusta. Seminaarin järjestäneen yhdyshenkilön mukaan monet osallistujat olivat osoittaneet palautetilaisuudessa kiinnostusta pienryhmätoiminnan vetämiseen.

Lääkehoidon sijaan seminaarissa pääpaino oli lääkkeettömässä hoidossa. Yhdyshenkilön mukaan tarkoituksena oli järjestää myöhemmin enemmän lääkehoitoon liittyvää koulutusta.

1.1.1.15 Itä-Savon Rohto-ohjelma

Suunnitteluvaiheen toimenpiteinä oli Rohto –idean markkinointi sairaanhoitopiirin muihin kuntiin Savonlinnan lisäksi, oppimistoiveiden kartoitus, yhteyden luominen erikoissairaanhoitoon ja tilaisuuksien suunnittelu toimiviksi. Samalla mietittiin myös miten sairaalan lääkärit (muut kuin asiantuntijat) sekä yksityinen sektori otetaan toiminnassa huomioon. Suunnittelun yhteydessä heräsi myös ajatus siitä, että projektin käynnistämistä olisi helpottanut, jos Rohdolla olisi ollut yhteinen teema ja tavoitteet.

Muiden kuntien edustajien kanssa käytiin keskusteluja. Kaakkois-Savon terveyskeskuksen kanssa sovittiin jo koulutusaiheista ja syksyn tapaamisten aikataulusta. Tämä ei kuitenkaan toteutunut, joten Itä-Savon Rohto rajoittui Savonlinnan terveysasemaan.

Savonlinnan terveysasemalla järjestettiin vuonna 1999 seitsemän Rohto –tapaamista. Osallistujien vaihtuvuus ryhmässä oli suuri. Savonlinnassa käytettiin muitakin oppimismenetelmiä kuin ongelmalähtöistä oppimista, koska yhdyshenkilö näki tarpeellisenä käsittelytavan vaihtelevuuden.

Yhdyshenkilön mukaan tavoitteena oli jatkuvan, terveyskeskuslääkäreille tarkoitetun täydennyskoulutuksen käynnistäminen Savonlinnan alueella. Yhteydenotot muihin Itä-Savon terveyskeskuksiin eivät johtaneet jatkotoimenpiteisiin.

Osallistujat suhtautuivat koulutukseen positiivisesti, samoin terveyskeskuksen johto. Systemaattista pyrkimystä yhteisten toimintakäytäntöjen muuttamiseen ei vielä ollut havaittavissa muutamia yksityiskohtia lukuun ottamatta.

Johtopäätöksiä ja suosituksia

Vuoden 1999 toimintaohjelmassa todettiin että ”Ryhmien työssä käytetään osallistujakeskeisiä menetelmiä. Aiheiden käsittelyssä painotetaan tiedon kriittisen arvioinnin tärkeyttä”. Työmuotoja oli tarkasteltu tarkemmin koko hanketta koskevassa 15.05.1998 päivätyssä projektisuunnitelmassa. Siinä viitattiin mm. keskisuomalaisten yleislääkäreiden täydennyskoulutusohjelmaan vuosilta 1997-98, jossa sovellettiin ongelmalähtöisen oppimisen menetelmää. Ongelmalähtöinen oppiminen otettiin lähdekohdaksi kun yhdyshenkilöiden koulutus käynnistyi syksyllä 1998.

Sopivan koulutusajankohdan löytyminen koettiin usein ryhmissä ongelmalliseksi. Vuoden 1999 aikana tämä selittyi osin sillä, että Rohto-yhdyshenkilöiden aloittaessa toimintansa useassa terveyskeskuksessa oli jo laadittu ainakin kevään koulutussuunnitelma, ja Rohto-tapaamisten toteuttaminen osana terveyskeskuksen omaa koulutusohjelmaa ei onnistunut. Perusterveydenhuollon lääkäreillä on rajalliset mahdollisuudet osallistua täydennyskoulutukseen, joten Rohto-ohjelma joutui kilpailemaan muun koulutustarjonnan kanssa. Toinen ongelma – joka osin selittyy samoilla syillä – oli osallistujien vaihtuvuus pienryhmissä. Ongelmalähtöinen oppiminen menetelmänä edellyttää, että osallistujaryhmä pysyy pääosin samana tapaamiskerrasta toiseen.

Sekä alueellisten ryhmien yhdyshenkilöt että osallistujat antoivat positiivista palautetta ryhmissä tapahtuneista asiantuntijavierailuista. Kun osallistujamäärä oli osassa ryhmiä hyvinkin pieni, herää kysymys siitä, kuinka mielekästä on toteuttaa asiantuntijavierailut yksittäisissä pienryhmissä. Osallistujaa kohden koulutusmuodon kustannukset kohoavat huomattavasti ryhmissä vierailevien asiantuntijoiden myötä. Useimmiten ryhmät kutsuivat asiantuntijaksi käsiteltävän aihepiirin erikoislääkärin omalta toiminta-alueeltaan, mikä johtaa näiden asiantuntijoiden työpanoksen huomattavaan kasvuun mikäli alueella toimii useita pienryhmiä. Sekä taloudellisesti että asiantuntijoiden työpanoksen näkökulmasta olisi mielekästä pyrkiä mukauttamaan samalla alueella toimivien ryhmien aikatauluja edes osittain yhteen. Mikäli ryhmät jatkossakin määrittävät täysin itsenäisesti oman ryhmänsä teemat ja niiden toteuttamisaikataulun, ei asiantuntijoiden osallistumista voida tehostaa yhdistämällä esimerkiksi asiantuntijavierailun osalta kahden tai kolmen ryhmän tapaamiset.

Keskeisin ero Rohto –hankkeen alueellisen toiminnan ja ainoan Suomessa aikaisemmin toteutetun laajamittaisen ongelmalähtöiseen oppimiseen perustuvan täydennyskoulutusohjelman (Ongelmista opiksi –hanke) välillä oli vuoden 1999 aikana Rohto –ohjelman toiminnan hajaantuminen maantieteellisesti laajemmalle alueelle sekä suurempi osallistujamäärä. Myös käsiteltävät aihepiirit vaihtelivat huomattavan paljon Rohto –ryhmissä. Keski-Suomen Ongelmista opiksi-hankkeessa toteutettiin alueen lääkäreille koulutustarvekysely, jonka pohjalta laadittiin yhdeksän materiaali-pakettia ryhmien käyttöön. Ryhmät valitsivat sen jälkeen, mitä aihepiirejä halusivat käsitellä ja minkälaisella aikataululla. Tässä suhteessa toiminta oli strukturoidumpaa kuin Rohto –projektissa vuonna 1999, vaikka vuoden mittaan laadittiin keskitetysti materiaali-paketteja ryhmien käyttöön.

Koulutusmenetelmän osalta Rohto –projekti vastasi Ongelmista opiksi –hanketta. Erona oli kuitenkin se, että Rohto –projektissa kukaan yhdyshenkilöistä ei tuntenut koulutusmenetelmää ennestään, kun taas Keski-Suomessa projektin koordinaattori ohjasi aluksi henkilökohtaisesti ryhmien toimintaa. Kun paikallisia toimijoita koulutettiin PBL-ryhmien ohjaajiksi, heillä oli jo kokemusta menetelmästä käytännössä.

Pienryhmien ohjaaminen oli projektin käynnistyessä uutta suurimmalle osalle alueellisista yhdyshenkilöistä, mikä aiheutti joitakin ongelmia. Ryhmien havainnoinnin perusteella voitiin todeta, että osassa ryhmiä toimintaa kuvasi 'potilastapauksiin perustuva keskustelu' paremmin kuin 'ongelmalähtöinen oppiminen'. Osa kouluttajista koki ongelmalähtöisen työskentelytavan strukturoivan ryhmien työskentelyä. Toisaalta joidenkin yhdyshenkilöiden kohdalla oli suuriakin vaikeuksia menetelmän käyttöönotossa. Tämä oli odotettavissa, sillä perehdyttäminen tehtävään jäi melko pinnalliseksi eikä ryhmien ohjaajilla ollut menetelmästä aikaisempaa kokemusta. Ryhmien

toiminnan kannalta olisi ollut hedelmällistä, että koulutusmenetelmään hyvin perehtynyt tutor olisi ollut mukana intensiivisemmin ryhmien ensimmäisissä tapaamisissa. Myös ryhmien toiminnan tarkkailu myöhemmässä vaiheessa muutaman kokoontumiskerran ajan ja palautekeskustelu ryhmän ohjaajan kanssa olisi todennäköisesti edesauttanut menetelmän tehokkaampaa hyödyntämistä. Yhdyshenkilöiden koulutuksessa perehdyttiin ryhmien ohjaamiseen, mutta yhdyshenkilöiden taustan huomioiden tähän olisi voitu kiinnittää enemmän huomiota.

Oppimistarpeiden diagnosointi

Täydennyskoulutuksessa olennainen elementti on yksittäisen lääkärin kompetenssin kehittäminen, joka tapahtuu luontevimmin oman toiminnan kriittisen tarkastelun kautta. Koulutus- tai oppimisprosessin lähtökohtana tulisi olla konkreettinen, arkipäiväinen tilanne tai potilastapaus, joka herättää ryhmän jäsenet pohtimaan ja vertailemaan omia käytäntöjään. Tätä kautta on luontevaa edetä hoito-ohjelmien ja suositusten tasolle, mutta keskeistä on että kukin ryhmän jäsen identifioi omat henkilökohtaiset oppimistarpeensa. Tarvitaan työvälineitä tukemaan oman toiminnan kriittistä tarkastelua ja menetelmä, jolla tätä tietoa voidaan systemaattisesti hyödyntää oman työn kehittämisessä. Osallistujille suunnattu koulutustarvekysely ei ole yksinään riittävän luotettava menetelmä koulutustarpeiden määrittämiseen.

Osallistujien sitouttaminen pienryhmien toimintaan

Rohto –ohjelman arviointimateriaalissa nousi selkeästi esiin elementtejä, jotka viittasivat siihen, että ohjelma koettiin enemmän ammatillisen kehittymisen kuin täydennyskoulutuksen välineenä. Tällainen pienryhmän tukemana tapahtuva oman toiminnan tarkastelu ja kehittäminen voi aikaansaada ryhmien sitoutumisen vastaavaan toimintaan jatkossakin. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää siihen, että ryhmissä sovitaan toiminnan 'pelisäännöistä' ja arvioidaan säännöllisesti työskentelytapoja ja toimintamalleja joita ryhmässä käytetään.

Vaihtoehtoisten koulutus- ja oppimismenetelmien käyttö

Lähtökohtana Rohto –ohjelmassa oli aikuisen oppimisen elementeille rakentuvan, itseohjattuun oppimiseen perustuvan toiminnan käynnistäminen ja ylläpitäminen. Huomiota kiinnitti se, että alueellisissa ryhmissä lähes poikkeuksetta kaikkia aiheita käsiteltiin käyttäen samaa oppimismenetelmää ja pienryhmien itsenäiseen toimintaan perustuvaa koulutusmallia. Mikäli koulutuksessa ei tehdä selvää eroa tavoitteiden ja niiden saavuttamiseksi käytettävien strategioiden välillä, koulutusmenetelmästä voi tulla itsetarkoitus (Spencer ja Jordan 1999). Kouluttajakoulutuksen toteutuksessa hedelmällistä olisi erilaisten koulutusmenetelmien käyttö, jolloin yhdyshenkilöt oppisivat käytännön kautta eri menetelmien käyttömahdollisuuksia.

Konkreettisten muutostavoitteiden määrittäminen pienryhmissä

Rohto-ohjelman vaikuttavuuden arvioinnin kannalta ongelmallista oli se, että ryhmissä hyvin harvoin kirjattiin konkreettisia toiminnan muutostarpeita ja -tavoitteita. On perusteltua olettaa, että mitä konkreettisemmat tavoitteet ja toimintakäytäntöjen muutostarpeet koulutusryhmä itselleen asettaa, sitä todennäköisemmin muutoksia tapahtuu osallistujien arkityössä. Yleiselle tasolle jäävät 'linjaukset' ja

'asenteelliset muutokset' jäävät monesti vain aikomuksiksi. Konkreettisia toimintakäytäntöjen muutoksia arvioiva tutkimustieto olisi tärkeää niin alueellisen koulutuksen osallistujille, alueellisille yhdyshenkilöille, projektiorganisaatiolle sekä lääkäriskunnalle laajemminkin. Projektin yleistavoitteista ei voida johtaa muita kuin 'indikaattoreita', joiden pohjalta voidaan mahdollisesti arvioida projektin toteutumista kokonaisuutena. Samaan aikaan oli kuitenkin vireillä muuta koulutus- ja kehittämistoimintaa, mikä täytyy huomioida johtopäätöksiä vedettäessä. Mitä tarkemmat tavoitteet pienryhmät omalle toiminnalleen asettavat ja mitä konkreettisempiin toimintakäytäntöjen muutoksiin ryhmissä päädytään, sitä vaikuttavampaa koulutus todennäköisesti on ja sitä luotettavammin sen vaikuttavuutta voidaan mitata.

Lähtötilanteen kartoitus ennen uuden aihepiirin käsittelyä

Syväoppimiseen tähtäävää oppimisprosessia (reflection-on-action) tukee se, että pienryhmien osallistujat käyvät ennen uuden teeman käsittelyä (tai tapaamiskertojen välillä) läpi kyseiseen teemaan liittyvien omien potilastapausten tietoja. Tätä voidaan tukea esimerkiksi laatimalla strukturoituja, yksinkertaisia lomakkeita joille tietoja voi koota. Teeman käsittelyn lopuksi voidaan näiden tietojen pohjalta keskustella ryhmässä siitä, mitä konkreettisia muutoksia toimintaan on tarpeellista - ja mahdollista - tehdä.

Alueellisen toiminnan raportointi

Alueellisten ryhmien toiminnan dokumentointi ei toiminut toivotulla tavalla. Portfolio-lomakkeiden käyttö osoittautui melko kankeaksi tiedonkeruumenetelmäksi, eikä kaikilla yhdyshenkilöillä ollut mahdollisuutta tai valmiuksia siirtyä sähköiseen dokumentaatioon. Myös projektipäällikölle tapahtuva raportointi alueellisesta toiminnasta ontui.

Alueellisten ryhmien vuoden 2000 toiminta

Alueelliset pienryhmät

Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymä

Keväällä 2000 osallistujat olivat edelleen innolla mukana Rohto –toiminnassa. Muutaman tapaamisen osanotto oli niukka, mutta tähän olivat syinä mm. yllättävät aikataulumuutokset. Osallistujia oli kevään aikana keskimäärin 10 lääkäriä tapaamista kohden. Ryhmätoiminnassa oli edelleen mukana n. 20 lääkäriä. Tulevan omalääkärijärjestelmän uskottiin aiheuttavan muutoksia toimintaan, mutta osallistujat ilmaisivat halunsa jatkaa siitä huolimatta. Myös avohoidon ylilääkäri oli ilmaissut tyytyväisyytensä tähän toimintatapaan.

Kevään aikana käsiteltiin unihäiriöitä, olkapääongelmia ja psyykenlääkkeitä sekä aloitettiin yhteistyötä apteekkien kanssa. Unihäiriöitä käsiteltäessä käytettiin valmista materiaalipakettia.

Syksyn aikana Savonlinnassa oli neljä tapaamista. Osallistujamäärä vaihteli 9-13 lääkärin välillä. Tämän lisäksi yhteen tapaamiseen osallistui myös kuusi apteekin edustajaa. Aiheina olivat terveyskeskuksen ja paikallisten apteekkien yhteistyö, markkinoinnin sudenkuopat, dementiat (Alzheimer) ja Parkinsonin tauti. Yhdys henkilön mukaan syksy sujui hyvin. Hän osallistui molempiin syksyllä järjestettyihin kouluttajataapaamisiin ja mainitsi, että ne antoivat uutta puhtia työskentelyyn. Ryhmän jäsenet olivat edelleen sitoutuneet toimintaan ja he ilmaisivat myös haluavansa jatkaa toimintaa edelleen. Yhdys henkilö uskoi, että Savonlinnan terveyskeskuksen pienryhmätoiminta voisi jatkua ilman Rohto –projektiakin.

Osallistujilta kerätyn palautteen mukaan Savonlinnan terveyskeskuksessa järjestettyyn pienryhmätoimintaan oltiin erittäin tyytyväisiä. Toiminnan vahvuuksina osallistujat mainitsivat mm. käytännönläheiset aiheet, omaehtoisen opiskelun, keskustelun, paikallisten käytäntöjen huomioimisen sekä asiantuntijoiden osallistumisen pienryhmätapaamisiin. Toiminnan kehittämisen suhteen osallistujat ehdottivat aiheiden selkeämpää rajausta sekä muiden ammattiryhmien ottamista mukaan toimintaan. Lisäksi toivottiin yhteenvetojen tekemistä käsitellyistä aihepiireistä sekä sopimista yhteisistä toimintamalleista käsiteltyjen aiheiden tiimoilta. Osallistujat olivat yksimielisiä sen suhteen, että toimintaa kannattaa jatkaa myös vuoden 2001 jälkeen.

Karjaan terveyskeskus

Karjaan terveyskeskuksen alueellinen pienryhmä aloitti toimintansa vuoden 2000 syksyllä. Ryhmä kokoontui syksyn aikana neljä kertaa. Kaikki seitsemän osallistujaa kävivät aktiivisesti tapaamisissa. Poissaoloja oli ainoastaan vuosilomien takia. Syksyn tapaamisten aiheina olivat Rohto –projektin esittely ja syksyn aiheiden valinta, säärihaava, hypertonia ja kevään aiheiden valinta. Yhdys henkilön mukaan kollegat olivat tyytyväisiä Rohtoon. Yhdys henkilö itse oli tyytyväinen kouluttajakoulutukseen ja projektin operatiiviselta johdolta saamaansa tukeen.

Lapinlahden terveystakeskus

Kevään 2000 aikana pienryhmätöiminnassa oli mukana 5-6 lääkäriä. Tämän lisäksi toimintaan osallistui myös muutamia muun henkilökunnan edustajia. Osallistujien poissaolot eivät olleet ongelma, koska sama perjantaiamu on toiminut kokousten ajankohtana jo vuosien ajan eikä sinä aikana ole otettu vastaan potilaita.

Yhdyshenkilön mukaan ryhmä toimi hyvin, koska ryhmä oli tottunut käyttämään Rohtoa hyväkseen tehdäkseen terveystakeskuskohtaisia hoito-ohjelmia.

Projekti oli syksyn ajan tauolla yhdyshenkilön henkilökohtaisten esteiden takia.

Sisä-Savon terveystakeskus

Sisä-Savon terveystakeskuksen pienryhmä kokoontui kevään aikana kolme kertaa. Tapaamisissa oli mukana keskimäärin neljä kahdeksasta ryhmän jäsenestä. Kevään aiheina olivat Rohto –projekti ja tiedonhakumenetelmät (YKT:n käyttö omalta työasemalta) sekä vanhusten lääkehoito.

Kevään jälkeen Sisä-Savon Rohto –pienryhmätapaamisia alettiin järjestää terveydenhuollon kuntayhtymän kuukausittaisissa kokouksissa. Ryhmä kasvoi hieman ja myös osallistumisaktiivisuus parani. Syksyn aikana ryhmä kokoontui neljä kertaa. Ryhmän 17 jäsenestä paikalla oli 11-13 lääkäriä. Poissaolot johtuivat lähinnä päivystyksistä ja lomista. Aiheina käsiteltiin osteoporoosia, dementoituneen vanhuksen käyttöhäiriöitä, aikuisiän diabetesta ja markkinoinnin sudenkuoppia. Yhdyshenkilön mukaan syksy oli jännittävä ja stressaava, mutta silti positiivinen. Hän mainitsi, että näin ison ryhmän vetäminen yksin on melko vaativa tehtävä.

Uudenmaan työterveyslääkärit

Kevään aikana pidettiin kolme tapaamista. Yksi tapaaminen peruttiin, koska paikalle saapui vain yksi osallistuja. Ryhmässä oli osallistujia yhteensä seitsemän, mutta paikalla ei ollut yhtä aikaa viittä enempää. Yhdyshenkilö koki ongelmaksi osallistujien myöhästymiset ja poissaolot. Vaikutti siltä, että osallistuminen oli rankkaa, mutta tapaamisten päätteeksi osallistujat olivat silti tyytyväisiä. Yhdyshenkilö koki ongelmalliseksi myös sen, että ryhmäläiset tulivat eri työpisteistä, mikä oli yhteisistä toiminnan muutoksista sopimisen esteenä.

Ryhmällä ei ollut tapaamisia syksyn aikana. Alkusyksystä muutama ryhmäläinen jättäytyi pois toiminnasta, ja jäljelle jääneet päättivät houkutella mukaan lisää osallistujia ja vasta sen jälkeen jatkaa pienryhmätöimintää.

Hervannan terveystakeskus

Pienryhmätöiminta käynnistettiin Hervannan terveystakeskuksessa keväällä 2000. Kevään aikana ryhmällä oli yksi tapaaminen, jonka aikana pohdittiin vanhemmuuden tukemisen ongelmaa. Paikalla oli 8 osallistujaa terveystakeskuksen yhdeksästä lääkäristä.

Syksyn aikana osallistumisaktiviteetti oli myös hyvä. Tapaamisissa oli mukana 9 lääkäriä. Yhdestä tapaamisesta oli yksi osallistuja pois loman takia. Syksyllä pidettiin kolme ryhmätapaamista. Aihepiireinä olivat huimauslääkitys neurologin johdolla sekä sama aihe korvalääkärin johdolla, jolloin ryhmäläiset saivat kädestä pitäen opetusta asentohuimauksen manuaaliterapiasta. Kolmannen tapaamisen aikana keskusteltiin omalääkäritoiminnan kehittämisestä Hervannassa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Tampereen terveystieteiden ryhmä kokoontui kevään aikana neljä kertaa. Käsiteltäviä aiheita olivat depression hoito avohoidossa, akuutin korvatulehduksen hoito ja unettomuuden hoito. Kevään ensimmäisessä tapaamisessa oli kuusi osallistujaa, mutta kahteen viimeiseen osallistui vain kaksi lääkäriä. Tampereen ryhmällä oli syksyllä kaksi tapaamista, jolloin käsiteltiin osteoporoosin hoitoa. Tapaamisissa oli ainoastaan kaksi osallistujaa. Pienen osallistujamäärän vuoksi ryhmä jäi tauolle 10.10.2000 järjestetyn tapaamisen jälkeen.

Nokian terveystieteiden pienryhmätoiminta käynnistettiin keväällä 2000. Kevään aikana ryhmä tapasi kahdesti, jolloin käsiteltiin kroonisen kivun hoitoa. Ensimmäisellä kerralla oli 15 ja toisella 8 osallistujaa. Syksyn aikana Nokian ryhmällä oli neljä tapaamista. Osallistujia oli 11-20. Aiheina käsiteltiin vanhusten monilääkitystä, unettomuuden hoitoa, muistihäiriöiden hoitomahdollisuuksia ja avohoitopotilaan depressiolääkitystä.

Ruoveden terveystieteiden aloitettiin alueellista pienryhmätoimintaa loppuvuodesta 2000 ja suunniteltiin tulevan kevään ohjelmaa. Ryhmään tuli osallistujia Virtain, Ruoveden ja Kurun terveystieteiden keskuksista. Ensimmäisessä tapaamisessa oli mukana 7 osallistujaa.

Etelä-Pohjanmaa

Kevään aikana Etelä-Pohjanmaalla toimi kaksi pienryhmää. Osallistujia oli vähän (2-5) lääkärinpuolueen takia; koulutukseen osallistuminen koettiin hankalaksi sijaisten puutteen takia. Alkuvuodesta jouduttiin yhdistämään neljästä ryhmästä kaksi osallistujienpuolueen takia. Yhdyshenkilön mukaan osallistujat olivat kuitenkin periaatteessa edelleen innostuneita tästä koulutusmuodosta. Keväällä pidettiin myös muutama terveystieteiden keskuksittainen moniammatillinen tapaaminen, joissa laadittiin terveystieteiden keskuksittaisia hoito-ohjelmia. Näissä oli osallistujia 15-30.

Kevään aiheina käsiteltiin akuuttia keuhkoputkitulehdusta, virtsatieinfektioita, sydämen rytmihäiriöitä, diabetesta, poskiontelotulehduksen Käypä hoito –suositusta, akuuttia välikorvatulehdusta, suurentuneen prostatan hoitoa, dementiaa sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksia.

Pienryhmien kokoontumisia oli harvoin ja osallistujamäärät olivat pieniä. Yhdyshenkilön mukaan lääkärinpuolue hankaloitti osallistumista. Kaikki lääkärit kuitenkin halusivat jatkaa toimintaa. Näiden lääkäreistä koostuvien pienryhmien lisäksi yhdyshenkilö järjesti terveystieteiden keskuksittaisia moniammatillisia tilaisuuksia, jotka toimivat paremmin. Tilaisuuksissa mietittiin mm. terveystieteiden keskuksittaisia hoito-ohjelmia sekä apteekkien ja terveystieteiden välistä yhteistyötä.

Syksyn aikana Etelä-Pohjanmaalla järjestettiin yhteensä 9 koulutustilaisuutta, joihin osallistui keskimäärin 4 lääkäriä tilaisuutta kohden. Jos lasketaan myös muiden ammattiryhmien edustajat mukaan, keskimääräiseksi osallistujaluvuksi tulee 21. Tilaisuuksien aiheita olivat tieteellisten artikkelien arviointi, apteekkien ja terveyskeskusten ongelmat, vuorovaikutus hoitomyöntyvyyden lisääjänä, osteoporoosin käypä hoito, dementia, virtsatietulehduksen käypä hoito sekä avohoidon yleisimpien bakteeri-infektioiden herkkyytilanne sairaanhoitopiirin alueella.

Espoo

Espoon alueella toimi kevään ajan kaksi yhdyshenkilöä, jotka molemmat toimivat kahden pienryhmän vetäjänä. Syksyllä Espoon alueella toimi edelleen kaksi yhdyshenkilöä, joilla molemmilla oli enää yksi ryhmä. Tämän lisäksi projektipäällikkö veti yhtä ryhmää.

Viherlaakson terveyskeskuksen pienryhmätoiminnassa oli keväällä mukana 4-8 lääkäriä. Kevään tapaamisissa käsiteltiin astmaa ja vaihdevuosien hormonikorvaushoitoa. Syksyn aikana Viherlaakson ryhmä kokoontui neljä kertaa. Tapaamisiin osallistui 6-7 lääkäriä. Aiheina olivat nivelreuma ja osteoporoosi.

Matinkylän, Puolarmetsän ja Olarin terveyskeskuksista koottu pienryhmä kokoontui kevään aikana kahdesti. Aiheina olivat kivun hoito ja hyvän B-lausunnon kirjoittaminen. Syksyn aikana toimintaa ei ole ollut.

Leppävaaran terveyskeskuksen ryhmä kokoontui kevään aikana kaksi kertaa ja mukana oli viisi lääkäriä. Kevään aiheina olivat depressio ja vaihdevuosien hormonikorvaushoito. Ongelmaksi muodostui osallistujien puute hormonikorvaushoitoa käsiteltäessä. Molemmilla käsittelykerroilla oli ainoastaan yksi osanottaja, jolloin tapaamiset peruttiin. Syksyn aikana Leppävaaran ryhmä kokoontui neljästi. Tapaamisiin osallistui 4-8 lääkäriä ja aiheina käsiteltiin vaihdevuosien hormonikorvaushoitoa, koronaaritaudin diagnostiikkaa ja hoitoa sekä verenpainetaudin hoitoa.

Espoonlahdessa toimiva pienryhmä kokoontui keväällä kaksi kertaa ja käsiteltävänä aiheena oli vaihdevuosien hormonikorvaushoito. Kevään toisena aiheena oli suunniteltu käsiteltävän markkinoinnin sudenkuoppia, mutta kaksi suunniteltua tapaamista jouduttiin perumaan. Espoonlahden pienryhmässä oli mukana kahdeksan lääkäriä. Yhdyshenkilön mukaan Leppävaaran ja Espoonlahden ryhmissä oli keväällä ainoastaan muutama aktiivinen osallistuja, jotka halusivat vielä jatkaa pienryhmätoimintaa. Syksyn aikana Espoonlahdessa ei enää ollut toimintaa.

Puolarmetsän sairaalan lääkäreistä koottu ryhmä kokoontui kevään aikana kuusi kertaa. Jokaisella tapaamiskerralla oli mukana 7-10 osallistujaa. Kevään aiheita olivat demencian käytöshäiriöiden lääkehoito, kroonisen kivun hoito, unettomuuden hoito ja inkontinenssin hoito. Ryhmän jäsenet olivat vaihtuneet jonkin verran, mutta suurin osa syksyllä 1999 aloittaneista oli mukana vielä keväällä 2000. Syksyn aikana Puolarmetsän ryhmä kokoontui 5 kertaa. Osallistujat vaihtuivat sitä mukaa, kun uusia työntekijöitä tuli ja vanhoja lähti. Paikalla oli 7-10 osallistujaa. Syksyn aikana käsiteltiin inkontinenssia, tyypin II diabetesta ja uskomuslääkinnän sudenkuoppia sekä tarkasteltiin osastokohtaista lääkekulutusta. Vetäjän mukaan ryhmäläisten runsas

vaihtuvuus haittasi selvästi toimintaa, mutta toisaalta pakotti yksinkertaistamaan toimintamuotoja. Ryhmä päätti jatkaa toimintaa myös seuraavana vuonna.

Yhdyshenkilöiden haastattelut

Yhdyshenkilöt haastateltiin kesällä 2000. Aineistosta esiin nousseet teemat luokiteltiin Rohto-projektin tavoitteiden ja lähtökohtien perusteella. Luokituksessa keskeisiä teemoja olivat oppimistoiminnan luonne, toiminnan vaikuttavuus, toiminnan seuranta sekä toiminnan vakiintuminen ("projektista prosessiksi"). Teemat, tulkinnat ja johtopäätökset esitetään tämän ryhmittelyn mukaisesti.

1.1.1.16 Oppimistoiminnan luonne

Ongelmalähtöinen oppiminen

Rohto-projektin alueellisessa pienryhmätoiminnassa lähtökohtana oli siis osallistujien omaan aktiiviseen tiedonhankintaan perustuva ongelmalähtöinen oppiminen. Menetelmällä on lääketieteen peruskoulutuksessa saatua aikaiseksi hyviä tuloksia kautta maailman, ja sitä on yhä lisääntyvässä määrin käytetty myös täydennyskoulutuksen menetelmänä. Strukturoituna työskentelymenetelmänä ongelmalähtöisen oppimisen ajateltiin siten myös Rohto-projektissa tarjoavan toimivan mallin kokemattomillekin pienryhmien vetäjille.

Peruslähtökohtana ongelmalähtöisessä oppimisessä on itseohjattu, aktiivinen opiskelu. Ongelmaksi osoittautui se, että lääkäreillä ei välttämättä ole aikaa ja motivaatiota perehtyä ryhmässä valittuihin oppimistavoitteisiin ryhmätapaamisten välillä. Näinollen itseohjatusta opiskelusta valikoitui osaksi ryhmäprosessia sen tarjoama vapaus oppimistavoitteiden asettamisessa ja tarvittavan tiedon määrittelyssä. Yhtä keskeinen elementti itseohjattua oppimista on kuitenkin myös vastuu tiedon hankinnasta ja oppimistoiminnan arviointi. Monet yhdyshenkilöt ilmaisivat ettei tämä nykyisellään toteudu pienryhmätoiminnassa toivotulla tavalla.

"Kotitehtävien" tarpeellisuudesta ja materiaalipaketeista

Lähes kaikissa ryhmissä oli käytössä "koti- tai välitehtäviä". Perusteluna niiden käytölle esitettiin, että näin ohjattiin lääkäreitä aktiiviseen, itseohjattuun tiedonhankintaan ja kriittiseen tiedon arviointiin. Useimmissa ryhmissä tehtävät kuitenkin koettiin työläiksi, ja "kotitehtävien" käyttö saattoi jopa vaikuttaa ei-toivotulla tavalla osallistumisaktiiviteettiin.

Valtaosa ryhmistä käytti tiedonhankinnassa pääasiallisesti materiaalipaketteihin kuuluvia artikkeleita ja YKT:tä tai LCD:tä.

Yhdessä ryhmässä kokeiltiin konseptia, jossa ryhmä kunkin kokoontumiskerran aluksi määritteli ennalta sovittuun aihepiiriin liittyviä ongelmia ja oppimistavoitteita. Tämän jälkeen, saman kokoontumiskerran aikana, asiantuntija osallistui ryhmän työskentelyyn. Näin osallistujat saivat välittömästi vastauksia esille nousseisiin kysymyksiin ja pystyivät näin keskustelemaan eri vaihtoehtoista niin terveystieteiden kollegojen kuin käsiteltävän aihepiirin asiantuntijankin kanssa.

Eräs yhdyshenkilö esitti toimintamallia, jossa paikallisen Duodecim- seuran koulutustilaisuuksia koordinoitaisiin Rohto- hankkeen kanssa siten, että tapauksen käynnistys- ja purkuvaiheiden välillä olisi teemaan liittyvä asiantuntijaluento.

Kotitehtävien käyttöön liittyi muitakin ongelmia, jotka kytkeytyvät läheisesti materiaalipakettien käyttöön. Seitsemän yhdyshenkilöä oli käyttänyt valmiita materiaali-paketteja. Yhdyshenkilöiden näkemyksenä oli, että materiaalipaketin tulisi olla joko niin niukka, että osallistujien olisi pakko hakea itse tietoa, tai niin kattava, että tarvittava tieto löytyy sen avulla. Ristiriitaiset artikkelit voisivat herättää ryhmäläisissä tiedollisen ristiriidan ja siten motivoida hakemaan lisätietoa.

Muutama yhdyshenkilö ehdotti, että pakettien mukana voisi olla joitain hyödyllisiä linkkejä, joiden avulla olisi mahdollista etsiä itse lisätietoa. Joidenkin yhdyshenkilöiden mielestä paketeissa olisi voinut olla enemmän spesifimpää näyttöön perustuvaa tietoa tai vinkkejä mistä sitä kannattaa etsiä.

Mikäli tavoitteena on kehittää osallistujien itseohjautuvan tiedonhankinnan taitoja, ei materiaalipaketeissa pitäisi jakaa valmista materiaalia ryhmiin lainkaan (ohjaa hyvin voimakkaasti tiedonhankintaa) tai sitä pitäisi jakaa niin paljon, että kukin ryhmän jäsen joutuu itse tekemään valintoja relevanttina pitämänsä aineiston suhteen. Mahdollinen ratkaisu olisi elektronisten materiaalipakettien tuottaminen.

Oppimistarpeen määrittäminen

Ongelmalähtöisessä oppimisessa ryhmätapaamisten sisällön määrittely tapahtuu neljällä tavalla. Jokaisella tapaamiskerralla on *teema* (esimerkiksi masennuksen hoito). Ryhmä määrittää teeman 'sisältä' *ongelman*, joka ohjaa sen työskentelyä (esimerkiksi masennuslääkkeiden erot). Ryhmätyöskentelyn tuloksena muotoillaan *oppimistavoitteet*, jotka määrittävät ryhmätapaamisten välillä tapahtuvan itsenäisen tiedonhankinnan sisällön. Ryhmän jäsenten käyttämä *oppimateriaali ja tiedonhankintatavat* puolestaan luovat pohjan seuraavalla tapaamiskerralla tapahtuvalle ongelman perusteellisemmalle käsittelylle.

Peruskoulutuksessa ongelmalähtöinen opinto-ohjelma rakentuu opettajien määrittämille teemoille. Tämä ei rajoita opiskelijoiden itseohjattua oppimista, vaan suuntaa sitä tutkintotavoitteiden kannalta relevantteihin aihepiireihin. Täydennyskoulutuksessa ei ole olemassa tutkintotavoitteita, jotka määrittäisivät keskeisimmät käsiteltävät teemat. Koulutusohjelmassa – kuten Rohto-projektissa – voidaan kuitenkin määrittää teemat vaarantamatta ohjelman itseohjattua luonnetta, sillä vapausasteita jää ryhmälle kuitenkin riittävästi: ongelman määrittely, oppimistavoitteiden asettaminen sekä tiedonhankinta.

Ryhmissä käsiteltävien teemojen tulisi olla riittävän spesifejä, jotta keskustelu ei jäisi pinnalliseksi ja kotitehtävät eivät muodostuisi liian laajoiksi. Esimerkiksi Kanadassa toteutetussa täydennyskoulutushankkeessa määritettiin osteoporoosin ehkäisyyn, tutkimuksiin ja hoitoon liittyen viisi keskeistä oppimistavoitetta, joiden pohjalta laadittiin yhdeksän potilastapausta niihin liittyvine oheismateriaaleineen (Davis ym. 1999). Osteoporoosi on tyypiesimerkki teemasta, joka Rohto-ohjelmassa käsiteltiin yhden tapauksen pohjalta 1-2 kokoontumiskerralla.

Oppimistavoitteiden laadulla on keskeinen merkitys itsenäisen opiskelun ja tapauksen purkutilaisuuden kannalta (esim. Dolmans, Schmidt ja Gijssels 1984). Oppimistavoitteen määrittäminen tarkoittaa, että ryhmä sitoutuu perehtymään kyseiseen asiaan seuraavaan ryhmätapaamiseen mennessä (Koschmann, Glenn & Conlee 1997).

Asiantuntijoiden rooli

Alkuperäisen suunnitelman mukaan Rohto-projektin pienryhmätoimintaa piti alueellisesti organisoida työpari, jossa toinen osapuoli edustaa perusterveydenhuoltoa ja toinen on sairaalalääkäri. Käytännössä tämä toteutui ainoastaan yhdellä toiminta-alueella.

Valtaosa ryhmistä kutsui ainakin osaan ryhmätapaamisista mukaan alueella toimivan tietyn aihepiirin asiantuntijan. Kaikki haastatteluaineistossa esiin nousevat näkökulmat asiantuntijoiden kytkemisestä alueelliseen toimintaan tukevat käsitystä siitä, että heidän panoksensa voi nousta hyvin merkittäväksi projektin tavoitteiden toteutumisen kannalta. Asiantuntijoiden kautta saatiin tehokkaalla tavalla hankittua luotettavaa, relevanttia tietoa. Asiantuntijan osallistuessa ryhmätapaamiseen voitiin myös keskustella alueellisista toimintakäytännöistä ja sopia yhtenevistä menettelytavoista.

Sairaalalääkäreiden osallistuminen Rohto –pienryhmätoimintaan on perusteltua myös siksi, että sairaalassa aloitettua lääkettä jatketaan hyvin usein perusterveydenhuollossa. Asiantuntijan osallistuminen purkutilaisuuteen voidaan nähdä myös osallistujia motivoivana tekijänä.

Ajankäytön tehottomuus

Yhdyshenkilöt totesivat ongelmalähtöisen oppimisen olevan 'työvoimavaltainen' koulutusmenetelmä. Luentomuotoinen koulutus on ajankäytöllisesti tehokkain tapa välittää tietoa. Luennolla omaksuttu tietomäärä – ja sen vaikutukset käytännön toimintaan – ovat kuitenkin tunnetusti vähäiset.

Toiminnan vahvuuksia – tästä en luovu!

Rohto –pienryhmätoiminnan vahvuutena nähtiin kokemuksellisuus ja käytännönläheisyys. Yhdyshenkilöiden haastatteluissa korostui kokemuksesta oppimisen merkitys teoreettisen tiedon jäädessä taka-alalle.

Ryhmäprosessin ohjaaminen

Alueellisten pienryhmien toimintamalli muovautui projektin aikana ja sen ilmaistiin olevan käytännönläheinen, osallistujien koettuihin tarpeisiin ja työympäristön/työtilanteen salliviin mahdollisuuksiin sopeutuva "itseohjautuva ryhmäprosessi" (ilman erityistä viitekehystä). Tätä perusteltiin ensisijaisesti motivaation varmistamisella osallistujien keskuudessa.

Pienryhmissä tapahtuva itseohjattu opiskelu perustuu kuitenkin olemassa olevien tietojen kyseenalaistamiseen ja 'aukkokohtien' aktiiviseen etsimiseen. Ryhmän ilmapiiri tulisi olla riittävän turvallinen, jotta keskustelu olisi avointa ja kukin voisi

reflektoida omaa toimintaansa. Ryhmäprosessin ohjaaminen ja tukeminen edellyttää hyviä valmiuksia ja kokemusta pienryhmien toiminnasta. Ei voitu olettaa, että yhdyshenkilöillä olisi automaattisesti nämä valmiudet.

Yhdeksästä kouluttajakoulutukseen osallistuneesta (yksi yhdyshenkilöistä ei ole osallistunut) viisi on sitä mieltä, että kouluttajakoulutusta oli ollut riittävästi. Yhtä lukuun ottamatta kaikki vuonna 2000 toimintansa aloittaneet ja yksi alusta asti mukana ollut yhdyshenkilö olivat sitä mieltä, että ryhmän ohjaajana toimiminen edellyttää enemmän koulutusta. Hyödylliseksi kouluttajakoulutuksessa nähtiin pohjan saaminen koulustilaisuuksien läpiviemiseen sekä kokemusten vaihto muiden yhdyshenkilöiden kanssa. Tulevaisuudessa toivottiin lisää ryhmän ohjaajana toimimisen käytännön harjoittelua. Kokemuksia tulisi pystyä vaihtamaan kuten aikaisemminkin. Yhdyshenkilöt toivoivat myös lisätietoa koulutusmenetelmistä. Yhdyshenkilötapaamisia järjestetään niin harvoin, että varsinaista ryhmäprosessia ei pääse muodostumaan – mikä toimisi hyvänä kokemuksena ja mallina yhdyshenkilöille.

1.1.1.17 Alueellisen toiminnan vaikuttavuus

Oppimisen arviointi

Tutkimusten mukaan (esim. Timpka, Ekström ja Bjurluf 1989) kollegat ovat erittäin merkittävä tietolähde yleislääkäreille. Pienryhmätoiminnassa oppimista tapahtuu ryhmäprosessin eri vaiheissa. Haastatteluaineistossa yhdyshenkilöt mainitsivat 'hiljaisen oppimisen' viitaten sellaiseen uuden tiedon tai toimintatavan omaksumiseen, jota ei välttämättä tuoda selkeästi esiin ryhmässä tai kirjata oppimispäiväkirjoihin. Tällaista oppimisprosessia on erittäin vaikeaa päästä tutkimuksellisin keinoin tarkastelemaan.

Haastatteluissa ilmeni asiantuntijoille ominainen 'hiljainen' tai 'äänetön' (implisiittinen) tieto, jota on vaikeaa – ellei mahdotonta – pukea sanoiksi. Täydennyskoulutuksessa tulisikin pyrkiä implisiittisen, informaalin ja eksplisiittisen, formaalin ('kirjatieto') integrointiin siten, että osallistujat voivat arvioida ja tarvittaessa muokata sitä tietopohjaa, johon heidän toimintansa perustuu. Tämä edellyttää, että koulutuksessa on mukana

- kokemuksellisia elementtejä (kytkävät opittavan tiedon toimijoiden kokemusmaailmaan)
- dialogia (näkökulmien laajentaminen)
- formaalista tietoa (johon asiantuntijuus on vahvasti sidoksissa).

Koulutukseen liittyvät asenteet – kyseenalaistetaanko lääkärin kompetenssi?

Osa yhdyshenkilöistä pohti haastatteluissa myös sitä, kokevatko osallistujat oppimistavoitteiden ja opittujen asioiden kirjaamisen 'uhkana'. Yhdyshenkilöt kertoivat varovansa välittämästä ryhmän jäsenille sellaista mielikuvaa, että projektissa kyseenalaistettaisiin osallistujien kompetenssia esimerkiksi tieteellisen artikkelin lukemisen osalta tai pyrittäisiin kontrolloimaan heidän lääkkeenmääräämiskäytäntöjään. 'Turvallista' toimintaa ryhmissä voitiin katsoa olevan olemassa olevien tietojen vahvistaminen ja toimintakäytännöistä keskustelu.

Muutoksesta

Kirjallisuuden perusteella voidaan todeta, että lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttavat heidän omat kliiniset kokemukset voimakkaammin kuin tieteellinen tutkimustieto (Schwartz, Soumerai & Avorn 1989). Samoin potilaiden esittämillä – tai lääkärin tulkitsemilla – odotuksilla on merkittävä vaikutus lääkkeenmääräämiskäytäntöihin (Stevenson ym. 1999).

Eräs yhdyshenkilöistä totesi, kuinka vaikeaa on siirtää omassakin työssä muutoksia päätöksen tasolta käytäntöön. Muutoksista suurempi osa vaikuttaisi tapahtuvan toisilta kuultujen kokemusten kautta kuin 'tieteellisen' tiedon pohjalta. Useimmat muutokset lääkäreiden toimintakäytännöissä ovatkin seurausta usean eri tekijän vaikutuksesta (Oxman ym. 1995). Haastattelututkimuksessa mainitut muutokset liittyvät lähinnä menettelytapoihin. Muutaman yhdyshenkilön mukaan muutoksen aikaansaamiseksi vaaditaan jonkinlainen konkreettisempi kannustin. Joidenkin muutosten, etenkin lääkkeenmääräämiseen liittyvien, edellytyksenä saattaa olla läheisempi yhteistyö sairaalan kanssa.

1.1.1.18 Projektista prosessiksi

Muuttuva täydennyskoulutuskonsepti

Rohto-projektissa pyrittiin kerralla muuttamaan koko täydennyskoulutuskonseptia: luentomuotoisesta koulutuksesta siirryttiin aktivoiviin työskentelymenetelmiin, asiantuntijavetoisesta koulutustarpeen määrittelystä luovuttiin ja osallistujat määrittivät itse oppimistarpeensa ja perinteisen tiedon jakamisen sijaan osallistujien edellytettiin itse aktiivisesti hankkivan tietoa. Peruskoulutuksessa siirtyminen kokonaan uusimuotoiseen opinto-ohjelmaan on koettu monesti helpompana uudistamisen tapana kuin perinteisen ohjelman vähittäinen muuttaminen. Täydennyskoulutuksessa muutosprosessin esteistä ja edellytyksistä on kuitenkin olemassa huomattavasti vähemmän tietoa. Muutosvastarinta ilmenee eri tavoin kuin peruskoulutuksessa: osallistujat voivat vapaasti valita, osallistuvatko he tarjottuun uusimuotoiseen koulutukseen vai eivät. Lisäksi koulutuksen aihepiiri vaikuttaa osallistumispäätökseen.

Rohto –projektin puitteissa järjestetyt työpajat olivat esimerkki tiettyyn diagnoosiin tai lääkelaineryhmään liittyvästä koulutuksesta 'ulkopuolisen' tarvekartoituksen pohjalta, mutta käyttäen aktivoivia koulutusmenetelmiä. Myös perinteisemmällä tavalla toteutettu koulutus osallistujien itsensä kokemien oppimistarpeiden pohjalta voisi olla toimiva ratkaisu ja tuottaisi tietoa siitä, kuinka tärkeä osa kokonaisuutta osallistujien itsensä määrittämät oppimistavoitteet ovat.

Osallistumisen esteistä

Selkeästi tärkein osallistumisen este pienryhmätöinnässä oli työtilanne hankkeessa mukana olevissa terveyskeskuksissa. Erityisesti väestövastuujärjestelmään viitattiin usein pohdittaessa laimeaa osallistumisaktiviteettia tai ryhmätapaamisten välisenä aikana tapahtuneen tiedonhankinnan ongelmia.

Projektin tavoitteet ja tulevaisuus ?

Yhdyshenkilöiden haastatteluissa tuli selkeästi esiin, että niin uusilla kuin vanhoillakin yhdyshenkilöillä oli hyvin puutteellisesti tietoa siitä, mitkä olivat projektin tavoitteet, minkä olisi pitänyt alueellisen toiminnan seurauksena muuttua, ja miten projektin eri taustayhteisöt näkivät projektin sen hetkisen tilan ja tulevaisuuden.

Kouluttajakoulutus ja alueellisen toiminnan tuki

1.1.1.19 Kouluttajakoulutus

Uusille yhdyshenkilöille järjestettiin koulutustilaisuus alkuvuodesta yhdessä Keski-Suomen Ongelmista opiksi –projektin osallistujien kanssa. Pääteemana koulutuksessa oli ryhmäprosessien hallinta. Päivän aikana tehtiin myös ongelmalähtöisen oppimismenetelmän (PBL) harjoitus, joka ei kuitenkaan sujunut niin hyvin, että uudet yhdyshenkilöt olisivat saaneet toimivan mallin siitä miten PBL-istunnon tulisi sujua. Tässä tilaisuudessa oli tarkoitus käsitellä aikuisen oppimisen perusteita, mutta ajanpuutteen vuoksi suunnitelmaa muutettiin.

Maaliskuun lopulla järjestetyn kaikille yhdyshenkilöille suunnatun koulutuspäivän aikana ei enää syvennytty ryhmän ohjaamisen perusteisiin, vaan huomio kiinnitettiin enemmänkin sisältöasioihin. Perustietoa aikuisen oppimisesta ja sen ohjaamisesta ei tässäkään tilaisuudessa käsitelty. Yhdyshenkilöt saivat kyllä vaihtaa kokemuksia ja uusilla yhdyshenkilöillä oli tilaisuus kysellä vinkkejä kauemmin mukana olleilta, mutta oppimisen ja kouluttamisen perusteet jäivät selvästi vähemmälle huomiolle. Yksi neljästä uudesta yhdyshenkilöstä ei saapunut maaliskuun lopun koulutukseen.

Kouluttajakoulutus 18-19.10.2000

Kouluttajakoulutus toteutettiin kahden päivän aikana. Aikaa käytettiin yhteensä 10 tuntia. Varsinaista koulutuspäivää edeltävä ilta oli varattu kokemusten vaihdolle. Illan aikana käytiin läpi yhdyshenkilöiden kokemuksia sekä onnistumisista että ongelmista alueellisessa pienryhmätoiminnassa. Rohto –projektin seurantaryhmän puheenjohtaja Risto Pomoell oli mukana tilaisuudessa kertomassa projektin sen hetkisestä tilasta.

Osallistujien esittelykierroksen jälkeen keskustelu kääntyi täydennyskoulutuksen ongelmiin. Epäkohtana nähtiin se, että työnantajan tulisi järjestää koulutusta, mutta muut tahot joutuvat kuitenkin sen kustantamaan. Muutama yhdyshenkilö ehdotti ratkaisuksi täydennyskoulutuksen pakollisuutta. Eräs yhdyshenkilö piti koulutusta lähinnä sananhelinä, sillä potilaat on hoidettava, vaikka olisikin koulutuksessa. Suurimpina epäkohtina terveydenhuollossa yhdyshenkilöt pitivät lääkäreiden työviihtyvyyttä ja oman työn hallintaa.

Alueellisesta pienryhmätoiminnasta saatuja kokemuksia lähdettiin käsittelemään aluksi kirjaamalla saavutuksia viimeisen puolen vuoden ajalta. Saavutuksina mainittiin koulutusmenetelmän parempi hallitseminen, asiantuntijoiden kautta saadut kontaktit erikoissairaanhoidon, terveyskeskusten sisäiset hoito-ohjelmat (muutamassa terveyskeskuksessa hoito-ohjelmien laadintaa oli osallistunut lääkäreiden lisäksi myös muu henkilökunta), kouluttautumisen vakiintuminen terveyskeskuksessa, johdon

osallistuminen ja yhteistyö apteekkien kanssa. Apteekkiyhteistyötä pohdittiin lähemmin ja lähes kaikki olivat sitä mieltä, että siihen tulisi panostaa tulevaisuudessa.

Seuraavaksi kerättiin yhdyshenkilöiden toiminnassaan kokemia ongelmia. Esiin nostettuihin ongelmiin pohdittiin ratkaisuja kolmessa ryhmässä (taulukko 11).

Taulukko 11. Ratkaisumalleja alueellisessa pienryhmätoiminnassa koettuihin ongelmiin.

Ajankäyttö	Ryhmän dynamiikka	Miten myydään toimintamalli
<ul style="list-style-type: none"> - sovitaan kiinteä aika - iltapäivän viimeinen tilaisuus - pelisäännöt selviksi – kiristys, uhkailu, lahjonta - oma aikapula – rankkaa – osa-aikatyö vetäjille - esimiehen kanssa neuvottelu - ”vuokralääkärit” 	<ul style="list-style-type: none"> - selkeä ajankäyttö avuksi keskustelun rönsyilyyn – lapputekniikkaa käytettäessä saa rönsyillä - puheenjohtajan rooli - muut paineet alta pois - positiivinen palaute - osallistujien tunteminen – passiivisuuden syyt - alaryhmiin jakaminen 	<ul style="list-style-type: none"> - asiantuntijat, jotka tuntevat perusterveydenhuollon toimintaa (päteväksi koettu) - aiheiden valinta – tarpeet - ”etuoikeus” - osallistujille onnistumisen kokemuksia – kun koti-tehtävät on tehty - moniammatillisuus ja erilaisuuden käyttäminen ressurssina.

Kouluttajakoulutuksen toisen päivän aluksi arviointiryhmän edustaja esitteli yhdyshenkilöiden haastattelujen tuloksia. Näistä käytiin läpi ongelmia ja kehittämisehdotuksia sekä asioita, joista kannattaisi ottaa oppia. Erityistä huomiota kiinnitettiin toiminnan dokumentaatioon ja oppimisen tavoitteisiin. Päätettiin, että kukin yhdyshenkilö toteuttaa toiminnan dokumentaation parhaaksi katsomallaan tavalla, eli joko vapaamuotoisen yhteenvedon (esim. sähköposti) muodossa tai portfoliolomakkeilla. Ryhmissä mietittiin myös kriteerit hyville oppimistavoitteille.

Uusia ideoita ryhmän ohjaamiseen tuotiin kokeilemalla hieman uudenlaista työskentelytapaa. Menetelmän tarkoituksena oli mahdollistaa aiheen käsittely alusta loppuun yhden kokoontumiskerran aikana. Osallistujille oli annettu ohjeeksi miettiä etukäteen aiheeseen liittyviä ongelmia. Ennen harjoitusta menetelmä käytiin läpi hyvin pikaisesti. Tämän jälkeen valittiin yhdyshenkilöistä yksi puheenjohtajaksi ja aloitettiin harjoitus. Ajankäytöllisesti harjoitus vei paljon koulutusaikaa suhteessa sen antiin.

Harjoituksen jälkeisessä palautekeskustelussa kiinnitettiin huomiota erityisesti käsitellyn aiheen laajuuteen. Ongelmia oli liiaksi eikä niitä ehditty käsitellä kunnolla. Positiivista harjoituksessa oli se, että ainakin suurimmalle osalle osallistujista jäi mieleen miten ei tulisi toimia ryhmätilanteessa, eli ymmärrettiin ongelman ja tavoitteiden rajaamisen merkitys. Näin ei kuitenkaan kyetty tarjoamaan osallistujille mallia siitä millainen olisi onnistunut koulutustapahtuma.

Projektipäällikkö esitteli kehitteillä olevaa reseptinkirjoitusohjelmaa ja pyysi yhdysheikilöiden mielipiteitä ja mahdollisia kehittämisehdotuksia. Esiin nostettiin muutamia asioita, jotka ohjelmaa kehitettäessä tulisi huomioida, jotta ohjelma palvelisi parhaalla mahdollisella tavalla terveyskeskuslääkärin käytännön työtä.

Lopuksi osallistujilta kysyttiin mielipiteitä muutamiin koulutuksen käytäntöön liittyviin asioihin. Yhdysheikilöt olivat sitä mieltä, että terveyskeskusten johdon kanssa ei tarvitse sopia virallisesti koulutuksen järjestämisestä. Yhdysheikilöt olivat myös sitä mieltä, että materiaalipaketteja ei tarvita elektronisessa muodossa. Syynä tähän, oli esim. se, että kaikki eivät pääse internetiin omalta työkoneeltaan.

Keskusteltiin myös sähköpostikeskustelun tarpeellisuudesta (pidettiin tarpeellisena ja pyritään käyttämään enemmän) ja seuraavan yhdysheikilötapaamisen aiheesta. Jatkossa toivottiin ryhmän vuorovaikutukseen liittyvää koulutusta.

Lopuksi kaikki osallistajat kirjoittivat ylös miten he aikovat muuttaa toimintaansa tämän koulutuksen perusteella. Sovittiin, että seuraavassa kouluttajakoulutuksessa palataan tähän ja katsotaan mitä on todellisuudessa muutettu. Suunnitellut muutokset liittyivät tehokkaampaan aikataulutukseen, dokumentaatioon, ongelmien ja tavoitteiden rajaukseen ja apteekkiyhteistyöhön. Muutama suunnitteli myös kokeilevansa harjoituksessa käytettyä uutta koulutusmenetelmää.

Majvik 22-23.11.2000

Rohdon ja Mikstra –hankkeen yhteiseen kouluttajakoulutukseen Majvikissa 22.-23.11.2000 osallistui viisi Rohto –projektin alueellista yhdysheikilöä, joista kolme oli aloittanut yhdysheikilönä vuonna 1999 ja kaksi vuonna 2000. Yhdysheikilöille lähetettiin ennen koulutuspäivää lomake, johon heitä pyydettiin kirjaamaan koulutuspäivien aikana saatuja kokemuksia. Kolme lomaketta palautettiin takaisin arviointiryhmälle.

Saadun palautteen mukaan osallistajat odottivat saavansa koulutuspäivien aikana harjoitusta ryhmän ohjaamisessa. Lisäksi odotettiin uusia ideoita sekä kokemusten vaihtoa muiden osallistujien kanssa. Jälkeenpäin arvioitiin, että tämä kaksipäiväinen kouluttajatapaaminen vastasi hyvin sille asetettuja odotuksia.

Antoisimpina oppimiskokemuksina kaikki kolme lomakkeen palauttanutta yhdysheikilöä mainitsivat vakuuttavan esiintymisen harjoituksen ja siitä saadun palautteen. Yksi vastaajista toivoi, että koulutuspäivien kokemukset helpottavat kouluttajan tehtävissä selviytymisessä, ja kaksi muuta osallistujaa nosti esiin ryhmän toimintaan liittyviä asioita, joihin he aikovat kiinnittää jatkossa enemmän huomiota.

1.1.1.20 Materiaalipaketit

Vuonna 2000 arviointiryhmä toteutti alueellisten ryhmien toiminnan tueksi laadittujen materiaalipakettien arvioinnin. Projektipäällikkö toimitti arviointityöryhmän käyttöön kolme materiaalipakettia asiantuntija-arvioiden keräämistä varten.

- 1) Osteoporoosi
- 2) Dementoituneen käytöshäiriöiden hoito
- 3) Reseptien uusiminen.

Lisäksi arviointityöryhmä pyysi asiantuntija-arviot kolmesta aiemmin julkaistusta (ja käytetystä) materiaaalipaketista tarkoituksena verrata asiantuntijoiden esittämiä kehittämisehdotuksia projektityöntekijöiden tekemiin päivityksiin. Nämä materiaalipaketit olivat seuraavat:

- 4) Kroonisen kivun hoito
- 5) Vanhusten monilääkitys
- 6) Depressio.

Arviointityöryhmä pyysi arviot sekä ko. alojen erikoislääkäreiltä että yleislääkäreiltä, joiden tiedettiin olevan kiinnostuneita täydennyskoulutukseen liittyvistä kysymyksistä. Erikoislääkäreiden nimeämisessä arviointityöryhmä sai ehdotukset Duodecim-lehden toimituskunnan jäseniltä.

Arvioinnissa pyydettiin vapaamuotoinen arvio, jossa toivottiin kiinnitettävän huomiota erityisesti seuraaviin seikkoihin:

- Kuinka ajantasaista aineisto on?
- Kuinka relevanttia aineisto on käsiteltävän aihepiirin kannalta?
- Tuodaanko aineistossa esiin keskeiset näkökulmat?
- Kuinka olennaisena pidät aineistoa terveyskeskuslääkärin kannalta?
- Onko aineistossa selkeitä puutteita?
- Onko aineistossa sellaisia osia, jotka voitaisiin poistaa materiaaalipaketin laadun kärsimättä?
- Miten materiaaalipakettia voisi kehittää?

Vapaamuotoiset arviot toimitettiin tunnistetietojen poistamisen jälkeen projektijohdon käyttöön.

Vapaamuotoisen arvion lisäksi käytettiin strukturoitua lomaketta, joka pohjautui kirjallisuudessa kuvattuun kirjallisen oppimateriaalin arvioinnin malliin (The ABC of content quality; McLeod 1991).

Aihepiireistä reseptien uusiminen oli hyvin eri tyyppinen kuin muut, selkeämmin tiettyihin kliinisiin kysymyksenasetteluihin liittyvät aineistot. Tämä aihepiiri koettiin ilmeisesti erityisen haastavana, minkä johdosta arviointityöryhmä sai käyttöön hyvin vähän siihen liittyvää arviointimateriaalia eikä sitä tässä yhteydessä erikseen raportoida.

Yhteenveto

Arviointiryhmä totesi, että materiaaalipakettien (yhdessä YKT:n kanssa) ollessa pääasiallinen tiedon lähde alueellisessa pienryhmätoiminnassa, niiden laadun kehittämiseen ja aineiston ajantasaistamiseen tulisi kiinnittää erityisen paljon huomiota. Kaikki materiaaalipaketit saivat asiantuntija-arvioissa hyvää palautetta, mutta myös huomattavan paljon kehittämisehdotuksia ja pohdittavia kysymyksiä nousi aineistossa esiin. Projektilääkärin esittämän näkemyksen mukaan koulutuspakettien laadinnassa ja niiden sisällön arvioinnissa ei ollut olemassa mitään virallista "neuvostoa" tai muuta vastaavaa "arviointielintä", vaan niiden laadinta on ollut varsin epämuodollista. Asiantuntijoilta ja yleislääkäreiltä saadun palautteen pohjalta olisi perusteltua nimetä

sisällöstä vastaava asiantuntija kullekin materiaalipaketille. Näin projektilääkäri toisi materiaalipakettien tuottamiseen ja ylläpitämiseen koulutuksellisen näkökulman, ja asiantuntijan kanssa neuvotellen luotaisiin mahdollisimman monipuolinen ja ajantasainen materiaalikokonaisuus.

Yleislääkäreiden vastauksista ilmeni, että materiaalipaketeille saattaisi olla kysyntää myös varsinaisesta pienryhmäkoulutuksesta irrallisena 'tietopakettina', joten materiaalipakettien kehittämistä ja käyttöä kannattaa pohtia muustakin kuin alueellisen pienryhmätoiminnan näkökulmasta. Vaikka esimerkiksi Duodecimin jäsenkyselyn mukaan 83% terveyskeskuslääkäreistä lukee säännöllisesti Aikakauskirja Duodecimia ja 88% Lääkärilehteä, materiaalipaketteja arvioineet yleislääkärit korostivat lisääntiä, jonka tietyn aihepiirin artikkeleiden kokoaminen "tietopaketiksi" tuottaa.

Säännöllisesti toistuva materiaalipakettien "vertaisarviointi" perusterveydenhuollon lääkäreiden toimesta tarjoaisi varmasti lisää näkökulmia pakettien kehittämiseen. Materiaalipakettien kehittäminen elektronisten versioiden suuntaan toimisi pohjana WWW-pohjaisten koulutuksellisten kokonaisuuksien luomiselle tulevaisuudessa. Näitä voitaisiin hyödyntää sekä perus-, jatko- että täydennyskoulutuksessa. Arvioinneissa aihepiirien asiantuntijat kiinnittivät erityistä huomiota materiaalipakettien sisällön kehittämiseen, ja perusterveydenhuollon lääkärit tiivistetyssä muodossa esitetyn, nopeasti haettavan tiedon merkitykseen. Näihin molempiin haasteisiin voitaisiin parhaiten vastata elektronisten koulutuskokonaisuuksien muodossa.

Johtopäätöksiä ja suosituksia

Vuonna 2000 alueellista pienryhmätoimintaa oli käynnissä yhdeksällä alueella. Edellisenä vuonna lopettaneiden neljän yhdyshenkilön tilalla pienryhmien ohjaamisen aloitti viisi uutta yhdyshenkilöä. Ryhmiä oli toiminnassa 14 ja ne kokoontuivat yhteensä 88 kertaa. Keväällä toiminnassa oli mukana 129 ja syksyllä 117 lääkärinä. Jo kevään aikana ilmeni joissakin ryhmissä osallistujakatoa, jonka seurauksena osa ryhmistä lopetti toimintansa vuoden 2000 aikana. Toisaalta vuoden 2000 aikana toiminnan myös aloitti viisi uutta ryhmää.

Rohto-projektin alueellinen ja paikallinen toiminta toteutui ensisijaisesti alueellisten yhdyshenkilöiden vetämän pienryhmätoiminnan muodossa. Vuoden 2000 toimintaohjelmassa kappaleessa "Verkosto" mainitaan toimenpiteiksi yhdyshenkilöverkoston vahvistaminen, yhdyshenkilöiden tehtävämäärittely sekä tuki ja ohjaus.

Puolet ryhmistä toimi vuoden ajan niin, että osallistujat olivat aktiivisia eikä osallistumisen kanssa ilmennyt ongelmia. Toisella puolella taas oli selkeästi enemmän ongelmia osallistujien vähyyden tai vaihtumisen takia.

Pienryhmien osallistujat kokivat toiminnan voittopuolisesti myönteisenä. Toiminta oli "kysyntäohjattua", eli ryhmissä paneuduttiin osallistujien itse esille nostamiin kysymyksiin. Tällöin käsiteltiin myös mm. työjärjestelyihin liittyviä kysymyksiä. Projektin kannalta käsiteltyjen aiheiden valinta saattoi jäädä sattumanvaraiseksi. Arviointiryhmän havaintojen mukaan ryhmissä käsiteltiin kuitenkin voittopuolisesti suurten kansantautien tai volyymitään suurten lääkeryhmien hoito-ongelmia.

Alueellisessa koulutuksessa järkevimpään toimintaan pystyivät ne ryhmät, joiden osallistujat tulivat samasta terveyskeskuksesta ja joissa toiminta liittyi terveyskeskuksen normaaliin täydennyskoulutusjärjestelmään ja sai terveyskeskuksen johdon varauksellisen tuen.

Ryhmien toimintaa häiritsi eniten osallistujien rekrytointiin ja osallistumismotivaation ylläpitämiseen liittyneet vaikeudet, vetäjien luopuminen, koettu ajan puute ja vaikeus yhteensovittaa kokoontumiset arkirutiinien kanssa. Myös kilpaileva, osittain samoja työskentelytapoja käyttävä koulutus- tai kehittämistoiminta mainittiin motivaatiota vähentävänä tekijänä. ”Koti- tai välitehtävät” koettiin ylimääräisenä rasitteena, ja ne saattoivat vaikuttaa ei-toivotulla tavalla osallistumisaktiiviteettiin.

Vahvuutena Rohto –ryhmien toiminnassa nousi esiin kokemuksellinen oppimistoiminta ja siihen liittyvä osallistujien aktiivisuus.

Todellista toimintakäytäntöjen muutosta oli vaikea osoittaa ryhmien tuottamista omista dokumenteista. Ryhmien toimintaan valikoitui ongelmalähtöisestä oppimisesta sen tarjoama vapaus ja itseohjautuvuus, mutta vastuu itsenäisestä tiedon hankinnasta ja oppimistoiminnan arviointi jäivät puutteellisiksi. Ongelmallista on myös puhtaasti ryhmän jäsenien toiveisiin pohjautuvat ryhmätapaamisten teemat. Keskeinen ongelma lääkäreiden tiedonhankinnan alueella on se, että lääkäreillä on tiedoissaan aukkoja, joista he eivät itse ole välttämättä tietoisia – ”eivät tiedä mitä eivät tiedä” (Williamson ym. 1989). Täydennyskoulutuksessa puhutaan ”mukavuusvyöhykkeestä”: lääkäreillä on taipumus valita sellaisia täydennyskoulutusaiheita, jotka ovat heille riittävän tuttuja ennestään (”comfort zone”) (Cantillon ja Jones 1999).

Lääkärit osallistuvat yleensä sellaisille täydennyskoulutuskursseille, joissa he voivat oppia lisää asioista joista ovat muutenkin kiinnostuneita eivätkä aina ole objektiivisia arvioidessaan täydennyskoulutustarpeitaan (du Boulay 1999). Korrelaation lääkäreiden tiettyyn aihepiiriin liittyvän tietotason itsearvion ja objektiivisesti mitatun tietotason välillä on todettu olevan huono (Tracey ym. 1997).

Asiantuntijoiden roolin merkitys voitiin nähdä haastatteluaineistossa. Asiantuntijat toivat ryhmiin ajantasaista ja relevanttia tietoa. Lisäksi käytettäessä oman alueen sairaalalääkäreitä asiantuntijoina voitiin myös sopia yhtenevistä toimintalinjoista.

Saatu kokemus ja sen vertaaminen nykytietämykseen lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttamisesta osoittaa että rationaalista lääkehoitoa tukeva pienryhmätoiminta tulisi järjestää esimerkiksi seuraavasti:

Toiminta tulisi kytkeä osaksi virallista organisaatiota – terveyskeskusta tai sairaalaa ja sen ammatillista henkilöstökoulutusta. Sen pitää olla osallistujakeskeistä ja lähteä liikkeelle osallistujien arjessa kokemista haasteista. Silti oppimistavoitteet on määriteltävä selkeästi siten että ne muodostetaan sellaisen keskustelun pohjalta, johon osallistuu myös (ulkopuolisia) asiantuntijoita ja jossa käsitellään osallistujien toimintaa faktojen perusteella. Tällä tavalla voidaan välttää keskustelun käymistä vain osallistujien ”mukavuusvyöhykkeessä”. Oppimisprosessia on tuettava vaikuttaviksi havaituilla menetelmillä kuten asiantuntijapalautteella (academic detailing) ja toiminnan dokumentointijärjestelmiin liitetyillä hälytyksillä ja muistutuksilla. Tietotekniikka-pohjaiset järjestelmät ovat silloin suureksi avuksi (esimerkiksi sairauskertomusjär-

jestelmä tai reseptinkirjoitusohjelma). Tapauspohjaisessa käsittelyssä on tärkeää käyttää osallistujien omia tai muuten hyvin arkitodellisuutta kuvaavia tapauksia.

Alueellisten ryhmien vuoden 2001 toiminta

Alueelliset pienryhmät

Alueellisisten pienryhmien toiminnasta on kerätty tietoa vuoden 2001 lokakuuhun asti.

Savonlinna

Savonlinnan ryhmä kokoontui kevään 2001 aikana 4 kertaa. Tapaamisiin osallistui 7-12 lääkäriä, joiden lisäksi yhdessä tilaisuudessa oli mukana 6 apteekin edustajaa. Kevään aiheina käsiteltiin INR-hoitoseurantaa, vanhusten monilääkitystä, nivelreuman lääkehoitoa ja apteekkiyhteistyötä. Yhdyshenkilön mukaan into osallistumiseen oli ryhmäläisillä säilynyt, mutta aktiivisessa itsenäisessä työskentelyssä oli havaittavissa väsymisen merkkejä. Yhdyshenkilö suunnitteli kokeilevansa syksyllä moniammatillista työtapaa. Yhdyshenkilö uskoi tarvitsevänsä tukea lähinnä taustamateriaalien muodossa, mikäli toiminta jatkuisi vielä tulevaisuudessa.

Syksyn ensimmäisessä tapaamisessa aiheena oli virtsatieinfektiot. Osallistujia oli paikalla 23, joista 14 oli lääkäreitä. Moniammatillisen työtavan kokeilu onnistui yhdyshenkilön mukaan hyvin ja osallistujatkin vaikuttivat edelleen innostuneilta. Alkusyksyllä 2001 yhdyshenkilöllä ei vielä ollut selvää mielikuvaa toiminnan jatkumisesta projektivaiheen päättymisen jälkeen. Hän piti sitä kuitenkin mahdollisena jossain muodossa. Jatkotoimintaan vaikuttavana tekijänä yhdyshenkilö mainitsi siirtymisen väestövastuuseen.

Pirkanmaa

Nokialla oli toimiva ryhmä, vaikka osallistujien määrä vaihtelikin melko paljon. Vuoden 2000 lopussa toiminnan aloitti ryhmä, jossa oli mukana lääkäreitä Kurun, Ruoveden, ja Virtain terveyskeskuksista. Nokian ryhmätapaamisissa kävi keskimäärin 15 – 20 lääkäriä ja toisessa ryhmässä 6 – 8 lääkäriä.

Nokian ryhmän aiheina oli kevään aikana depression hoito, markkinoinnin sudenkuopat, tulisiko iäkkäillä pidättäytyä insuliini/kolesteroli/depression hoidosta ja aikuis-tyypin diabeteksen hoito. Kuru-Ruovesi-Virrat –ryhmässä käsiteltiin muistihäiriöiden hoitoa ja unettomuuden hoitoa.

Nokian tapaamiset käynnistyivät syksyllä aiheina ”epäselvä kuumeilu” ja ”murrosiän depressio”. Osallistujia oli mukana 10 – 12. Molempien Pirkanmaan pienryhmien osalta ryhmäistuntojen ajankohdat sovittiin syksyllä vuoden loppuun asti.

Alussa mukana olleet kaksi Tampereen ryhmää olivat lopettaneet toimintansa, mutta Nokialla ja Ruovesi-Virrat-Kuru –ryhmässä toiminta oli suhteellisen tasaista. Osallistujat olivat yhdyshenkilön mukaan kohtalaisen innokkaita oppimaan ja aikataulu

tuskin onnistui lukuunottamatta yhden tapaamisen peruuntumista. Toiminnan tulevaisuutta varjosti lääkäripula.

Yhdyshenkilö pyrki aktiivisesti siirtämään ryhmien vetovastuuta ryhmäläisille tässä vielä onnistumatta. Hän ilmaisi haluavansa jatkossa itse toimia jonkinlaisena taustahenkilönä.

Haapavesi

Haapaveden ryhmä aloitti pienryhmätoiminnan Rohto-projektin alaisuudessa vuoden 2001 alussa. Tätä ennen ryhmä toimi Mikstra-projektissa. Kevään aikana ryhmä kokoontui 5 kertaa ja käsiteltävinä aiheina oli ihon primaarit bakteeri-infektiot, depressio, unettomuuden hoito, dementia-potilaan käytöshäiriöiden hoito ja akuutti bronkiitti. Kevään aiheista kaksi oli Mikstra –projektiin kuuluvia. Osallistujista lääkäreitä/kandidaatteja oli 3 – 6 ja hoitohenkilökuntaan kuuluvia 3 – 12. Syksyn ensimmäisenä aiheena käsiteltiin akuutin sinuiitin hoitoa. Paikalla olleista 22 osallistujasta 6 oli lääkäreitä. Yhdyshenkilö uskoi alkusyksyllä, että tapaamiset jatkuisivat ainakin vuoden loppuun.

Yhdyshenkilön mukaan Haapaveden terveystieteiden keskuksessa oltiin periaatteessa kiinnostuneita vastaavanlaisesta toiminnasta myös tulevaisuudessa, mutta käytännön järjestelyjen suhteen oli mahdollisesti odotettavissa ongelmia.

Haapaveden ryhmässä käytettiin voimavarana moniammatillista työskentelyä, mikä osoittautui onnistuneeksi. Ongelmaksi muodostui jossain määrin aikatauluista sopiminen ja osallistujien vaihtuvuus.

Espoo

Espoossa toimi kahden yhdyshenkilön ja projektipäällikön vetäminä kolme ryhmää.

Leppävaaran ryhmä kokoontui alkuvuodesta kaksi kertaa, jolloin käsiteltiin verenvainetauti ja aloitettiin osteoporoosin käsittelyä. Helmikuun jälkeen loput tilaisuuksista peruttiin osallistujapulan takia. Yhdyshenkilön mukaan suurimpia ongelmia olivat osallistujien suuri vaihtuvuus ja muutenkin runsas koulutustarjonta. Asiantuntijoiden käyttö resurssihenkilöinä tilaisuuksissa nähtiin välttämättömänä edellytyksenä osallistujien innostukselle. Auktoriteetteja kaivattiin eikä jaksettu paneutua itsenäiseen tiedonhankintaan.

Viherlaakson ryhmä puolestaan toimi hyvin koko kevään ajan. Tapaamisia oli säännöllisesti noin kerran kuukaudessa ja yhdyshenkilö oletti toiminnan jatkuvan samanlaisena vuoden loppuun asti. Osallistujien innostusta voitiin selittää sillä, että Viherlaakson terveystieteiden keskuksessa ei juurikaan ollut Rohdon lisäksi muuta koulutustarjontaa. Ryhmän oletettiin todennäköisesti jatkavan toimintaansa myös vuonna 2002.

Projektipäällikön Puolarmetsän sairaalassa vetämässä moniammatillisessa ryhmässä oli varsin paljon osallistujia, mutta vaihtuvuus oli sielläkin vilkasta. Ongelmana oli se, että lääkärit eivät sitoudu samaan toimipaikkaan muutamaa kuukautta pidemmäksi aikaa.

Etelä-Pohjanmaa

Etelä-Pohjanmaan kahdesta ryhmästä toinen kokoontui kevään ajan kerran kuukaudessa. Kevään aikana käsiteltiin reseptien uusimiseen liittyviä ongelmia, virtsatieulehdusta, dementiapotilaan käytöshäiriöitä, vanhusten lääkehoitoa ja alkoholistin lääkehoitoa. Osallistujien määrä pysyi kuitenkin varsin pienenä (yleensä 4 lääkäriä). Ainoastaan apteekkien kanssa yhteistyössä järjestetty moniammatillinen tapaaminen keräsi hieman runsaamman osanoton.

Toinen ryhmä saatiin kokoon ainoastaan alkuvuonna apteekkien kanssa järjestettyyn tapaamiseen. Ongelmana oli alueen terveyskeskuksissa vallitseva pula lääkäreistä.

Yhdyshenkilön mukaan ryhmän toiminta oli muuttunut selkeämmäksi ja johdonmukaisemmaksi, kun viime aikoina oli alettu käyttää asiantuntijoita resurssihenkilöinä ryhmätapaamisissa. Suurempien moniammatillisten ryhmien toimintaan oli vaikuttanut yhdyshenkilön henkilökohtaisten valmiuksien paraneminen ryhmänvetäjänä toimimiseen.

Yhdyshenkilö lopetti toimintansa Rohto –projektissa kesällä 2001.

Hervanta

Hervannan terveyskeskuksen ryhmä kokoontui kevään aikana kaksi kertaa ja aiheina olivat ”Omat rajat, vastuu ja eettiset ristiriidat lääkärin työssä” sekä ”Miten työterveyshuollon keinoin voidaan vaikuttaa lääkärin jaksamiseen?”. Lakko häiritsi jonkin verran Hervannan ryhmän työskentelyä. Syksyn aiheina oli suunniteltu käsiteltävän: ”toimeentulotuki ja lääkkeet”, ”gynegologiset lääkkeet”, ”alkoholinkäyttäjän lääkitys” ja ”lasten lääkehoito”.

Yhdyshenkilö uskoi, että toiminta jatkuu tulevaisuudessa ainakin jossain muodossa.

Karjaa

Pienryhmätoiminta alkoi Karjaan terveyskeskuksessa syksyllä 2000. Alun jälkeen tavoitteita jouduttiin yhdyshenkilön mukaan muuttamaan realistisemmiksi.

Kevään aikana ryhmä kokoontui kuusi kertaa. Aiheina käsiteltiin katkaisuhuitoa, aikuistyyppin diabetesta, verenpainetautia ja sepelvaltimotautia. Yhdyshenkilön mukaan työskentely ei parhaimmillaan jättänyt toivomisen varaa. Muutaman kerran työskentely oli kuitenkin ”varsin huonoa”, minkä yhdyshenkilö uskoi johtuneen osaltaan työpaikalla muuten vallinneesta kireästä ilmapiiristä. Itsenäisen tiedonhaun suhteen oli jonkin verran ongelmia.

Yhdyshenkilö oli tyytyväinen siihen, että omat valmiudet ryhmän ohjaajana olivat parantuneet koko ajan. Hän oli myös kiinnostunut tulevaisuudessa jatkamaan ryhmän vetämistä. Tulevaisuuden ongelmaksi yhdyshenkilö epäili väestövastuuseen liittyviä työjärjestelyitä.

Sisä-Savo

Sisä-Savossa toimi yksi koko kuntayhtymän yhteinen ryhmä. Ryhmätapaamiset sujuivat keväällä suurin piirtein sovituissa aikatauluissa. Aiheina käsiteltiin hormonikorvaushoitoa, katkaisuhoidon, apteekkiyhteistyötä (reseptien uusiminen, avohoidon peruslääkevalikoima ym.) ja olkapääongelmia. Osallistujia paikalla oli 13 – 16, joista lääkäreitä oli 6 – 13. Apteekkien edustajien lisäksi tapaamisiin osallistui myös hoitohenkilökuntaa.

Apteekkien edustajat olivat tyytyväisiä yhteistilaisuuksiin ja toivoivat, että vastaavia tilaisuuksia pidettäisiin vastaisuudessa ainakin kerran vuodessa.

Ryhmässä oli suunniteltu, että toimintaa jatketaan vuoden loppuun asti. Suunniteltiin myös, että vastaavanlaista toimintaa jatketaan jossain muodossa. Yhdyshenkilö oli myös kiinnostunut jatkamaan koulutustoimintaa, mutta ei välttämättä tässä ryhmässä.

Uudenmaan työterveyslääkärit

Välillä hiipunut toiminta saatiin uudelleen käyntiin kahden vanhan ja kolmen uuden osallistujan voimin. Ryhmä kokoontui kevään ajan kuukausittain ja aiheina käsiteltiin verenpainetauti, astmaa ja rasvoja. Työskentely sujui hyvin lukuun ottamatta aikapulasta johtuvia ongelmia. Osallistujia oli vaikea saada paikalle. Yhdyshenkilön mukaan ongelmia ei olisi, jos koulutus olisi mahdollista toteuttaa työaikana.

Syksyllä osallistujia ei enää saatu koolle riittävästi, joten toiminta päätettiin lakkauttaa lopullisesti.

Yhdyshenkilöiden haastattelut

Yhdyshenkilöt haastateltiin syksyllä 2001. Seuraavassa esitetään lyhyt yhteenveto haastatteluissa esille nousseista keskeisistä teemoista.

Ryhmätoiminta

Ryhmissä käytettiin aikaisempaa monipuolisemmin erilaisia työskentelytapoja. Toisaalta oli kyse siitä, että haluttiin välttää osallistujien kyllästyminen yhteen työskentelytapaan, toisaalta valittiin parhaiten käsiteltävään aiheeseen soveltuva työskentelytapa. Ryhmän toiminnan kannalta pidettiin tärkeänä myös vetäjän uusiutumista.

Yhdyshenkilöt pitivät tärkeänä, että he olivat jo etukäteen hyvin perehtyneet käsiteltävään aiheeseen. Näin he kykenivät tarvittaessa ohjaamaan keskustelua ja aihepiirin tuntemus lisäsi yhdyshenkilön itseluottamusta.

Ryhmän ohjaamisen kriittisinä kohtina mainittiin mm. se, kuinka hyvin ohjaaja onnistui vetämään kaikki ryhmän jäsenet mukaan keskusteluun. Joissakin ryhmissä ohjaajan rooli muodostui hyvin aktiiviseksi, kun toisissa ryhmissä vetäjän rooli oli huomattavasti vähäisempi. Mahdollisina karikkoina mainittiin liian ohjaavan roolin ottaminen ja asettuminen asiantuntijan rooliin.

Ryhmätoimintaan sitoutuminen vaihteli voimakkaasti. Tavallisimmin ryhmäläiset olivat sitoutuneet osallistumaan ryhmätapaamisiin, mutta tapaamisten väliseen työskentelyyn he eivät olleet valmiita. Poikkeuksia kumpaankin suuntaan esiintyi: joissakin ryhmissä haettiin innokkaasti tietoa ryhmätapaamisten välillä, kun taas joissakin ryhmissä oli vaikeuksia saada osallistujat osallistumaan sovittuihin tapaamisiin.

Useassa ryhmässä siirryttiin selkeästi aikaisempaa enemmän moniammatilliseen työskentelyyn. Yksi yhdyshenkilö pohti ryhmän jakamista kahtia siten, että toisessa olisivat nuoret ja kokemattomat lääkärit, toisessa kokeneet kollegat. Toinen yhdyshenkilö puolestaan nosti nuorten ja vanhempien kollegojen yhteistyön ryhmässä esiin toiminnan rikkautena.

Oppiminen ryhmissä ja toimintakäytäntöjen muutos

Tapauksia käytettiin oppimistoiminnan lähtökohtana useimmissa ryhmissä. Ongelmaksi muodostui joissakin ryhmissä se, että osallistujat jäivät kiinni käsiteltävään tapaukseen ja pyrkivät ratkaisemaan sen. Näin ei päästy käsittelemään aihepiiriä yleisemmällä tasolla. Ryhmissä käsiteltiin myös runsaasti osallistujien omia potilastapauksia.

Ryhmissä oli pääasiallisina tiedonlähteinä materiaaalipaketit ja Yleislääkärin käsikirja (YKT) tai Lääkärin CD-rom (LCD). Osa yhdyshenkilöistä piti mahdottomana ajatusta, että osallistujat itse hakisivat tietokannoista tietoa, mutta osassa ryhmiä Internetiä käytettiin aktiivisesti tiedonhankinnan välineenä. Yksi haastateltava mainitsi Käypä hoito suositukseen itsenäisesti perehtymisen olevan liian työlästä.

Haastatteluissa nousi esiin myös näkökohta tarvittavan tiedon luonteesta: kirjatieto ei auta ratkaisemaan ryhmässä esiin nousevia ongelmia, vaan tiedon tarve on toisenlainen – tarvitaan “enemmän ajatuksia kuin tietoa”.

Myös asiantuntijoita pidettiin tärkeänä tiedon lähteenä. Asiantuntijan merkityksen todettiin korostuvan erityisesti silloin kun kyseessä on alueella toimiva lääkäri, joka tunnetaan ja johon luotetaan. Yhdyshenkilöiden mukaan on tärkeää perehdyttää asiantuntija pienryhmätoiminnan luonteeseen, jotta vältetään luentomaiselta koulutukselta. Asiantuntijoiden kanssa voidaan olla myös eri mieltä ja keskustellen etsiä perusterveydenhuoltoon parhaiten soveltuvia toimintamalleja.

Oppimisen kannalta on keskeistä, että ryhmä on riittävän turvallinen, jotta osallistujat voivat tuoda esiin omaa epävarmuuttaan ja puutteita tiedoissaan. Tärkeää on, että myös ohjaaja voi tuoda esiin omaa tietämättömyyttään ja uskaltaa kyseenalaistaa omaa toimintaansa lääkärinä.

Ryhmän tulisi tarjota tilaisuus tasa-arvoiseen, toisten näkökantoja kunnioittavaan keskusteluun, jolloin osallistujat voivat tunnustaa tietämättömyytensä kasvojaan menettämättä. Yhdyshenkilöt totesivat, että nuorelle kokemattomalle lääkärille omien puutteiden esille tuominen voi olla vaikeampaa kuin kokeneemmille kollegoille.

Oppimista edesauttaa se, että asioissa päästään pintaa syvemmälle ja uutta tietoa sovelletaan arkiseen työhön – näin oppiminen ankkuroidaan omaan kokemuspohjaan.

Oppimisen tulisi johtaa myös toimintakäytäntöjen muutokseen. Useimmat yhdyshenkilöt olivat sitä mieltä, että mahdolliset muutokset olivat jääneet hautumaan osallistujien mieliin, mutta konkreettisia toimintakäytäntöjen muutoksia oli toistaiseksi tapahtunut melko vähän. Muutos nähtiin prosessina, jota voidaan koulutuksella edesauttaa.

Jotta toimintaa muutetaan, täytyy asialle esittää pitävät perustelut esimerkiksi hoitosuosituksen muodossa, mielellään arvostetun asiantuntijan esittämänä. Muutos edellyttää myös oman toimintakäytännön kriittistä tarkastelua. Esimerkkinä mainittiin, että ryhmäistunnon lopuksi käytävässä vapaamuotoisessa keskustelussa osallistujat olivat hyvinkin valmiita refleктоimaan omia toimintakäytäntöjään.

Toiminnan edellytykset ja tulevaisuus

Toiminnan edellytyksenä nähtiin osallistujien parempi motivaatio toimintaan. Ryhmän tulisi olla kiinteä ja selkeästi sitoutunut tähän toimintamuotoon.

Myös kouluttajakoulutus nostettiin esiin toiminnan jatkumisen edellytyksenä. Koulutuksessa on tärkeää saada tietoa mm. koulutusmenetelmistä ja ryhmätoiminnasta, mutta vielä keskeisempään rooliin nousee kokemusten jakaminen kouluttajien kesken. Yhdyshenkilöt kokivat oppivansa toisiltaan sellaisia asioita jotka eivät muuten tulleet kouluttajakoulutuksessa esiin.

Toiminnalla tulee olla esimiehen tai kyseisen organisaation tuki ja sen tulee olla vapaaehtoista. Koulutuksen tulee tapahtua työajalla ja vetäjän tulee olla aktiivinen ja innostunut. Osa yhdyshenkilöistä koki, että on tärkeää, että paikallinen koulutus on osa laajempaa koulutusjärjestelmää, kun toiset näkivät mahdollisena paikallisen toiminnan jatkamisen ilman keskitettyä koordinoitua.

Suurimpana esteenä Rohto –koulutuksen tyyppiselle toiminnalle nähtiin työstä irrottautumisen vaikeus, etenkin väestövastuuseen liittyen. Yhdyshenkilöt ilmaisivat yleisesti suurta epävarmuutta siitä, mitä alueelliselle koulutukselle vuoden 2001 jälkeen tapahtuu. Tietyin edellytyksin osa yhdyshenkilöistä oli valmis jatkamaan toimintaa. Kaksi yhdyshenkilöä olisi ollut valmis jatkamaan toimintaa siten, että ryhmätapaamisia olisi harvemmin. Toimintaa tulisi räätälöidä kunkin terveyskeskuksen ja alueen tarpeita vastaavaksi.

Kouluttajakoulutus ja alueellisen toiminnan tuki

Kaksipäiväinen Rohdon ja Mikstran yhteinen kouluttajakoulutus järjestettiin 29.-30.3.2001. Koulutuspäivien teemoiksi oli valittu vuorovaikutuksen merkitys kehittämis- ja koulutustoiminnassa ja potilas-lääkäri-suhteessa, ryhmäprosessit ja muutoksen edistäminen. Kouluttajina toimivat Arja Helin-Salmivaara, Kari Mölsä, Pirjo Penanen ja Helena Varonen. Koulutukseen osallistuneista 17 lääkäristä 9 oli Rohto –projektin yhdyshenkilöitä, eli yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat saapuneet paikalle.

Koulutuspäivien tavoitteiksi kirjattiin:

- vahvistaa vuorovaikutuksen hyödyntämistä ohjaus- ja potilastyössä
- tarjota työvälineitä ryhmän ohjaamiseen ja kokemuksia niiden käytöstä

- lisätä ymmärrystä ryhmädynaamisista ilmiöistä
- oppimistarpeen / muutostarpeen tunnistamisen vahvistaminen

Seuraavassa kuvataan koulutuspäivien ohjelman, osallistuvan havainnoinnin ja osallistujapalautteen perusteella tavoitteiden saavuttamiseen tähdänneitä toimenpiteitä.

Tavoite: vahvistaa vuorovaikutuksen hyödyntämistä ohjaus- ja potilastyössä

Vuorovaikutustilanteita harjoiteltiin ja analysoitiin pienryhmissä roolipelien avulla. Harjoituksia seurasi Pirjo Pennasen tietoisuus niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen.

Palautteen mukaan monet osallistujat huomasivat tämän koulutusrupeaman myötä, että vuorovaikutuksen pohtiminen on tärkeää ja siinä vaadittavia taitoja voi myös harjoitella.

Tavoite: tarjota työvälineitä ryhmän ohjaamiseen ja kokemuksia niiden käytöstä

Keskusteltiin pareittain ja analysoitiin omia ryhmän ohjaamiseen liittyviä kokemuksia. Roolipelien avulla pyrittiin löytämään keinoja ryhmätilanteissa vastaan tulevista ongelmista selviytymiseen. Tultiin siihen tulokseen, että ryhmäprosesseihin liittyvät ongelmat tulee selvittää ennen varsinaisten aiheiden käsittelyä.

Tavoite: lisätä ymmärrystä ryhmädynaamisista ilmiöistä

Harjoituksiin liittyen annettiin tietoisuuksia ryhmäprosesseihin vaikuttavista ilmiöistä. Tietoisuuksissa käsiteltiin ryhmäprosessin eri vaiheita sekä esiteltiin viitekehys, jonka mukaan ryhmän toimintaa voidaan analysoida tavoitteiden, rakenteen ja prosessin avulla.

Osallistujat uskoivat kykenevänsä ymmärtämään ja hallitsemaan ryhmätilanteita paremmin koulutuksen jälkeen. Samoin huomattiin, että erilaisiin ryhmän toimintaan liittyviin tilanteisiin voidaan valmistautua ennakoon. Osallistujille selkeni myös ennistä paremmin ryhmän ohjaamisen vaativuus.

Tavoite: oppimistarpeen / muutostarpeen tunnistamisen vahvistaminen

Oppimis-/muutostarpeen tunnistamiseen tähtäävässä harjoituksessa verrattiin nykyistä toimintaa hoitosuositukseseen. Harjoituksen aikana ryhmissä muokattiin kansallisten hoitosuosittelujen sovelluksena paikallisia hoito-ohjelmia virtsatietulehduksen diagnostiikkaan ja hoitoon. Harjoituksessa pienryhmien toiminta organisoitiin siten, että puolet ryhmästä pohti omia aikaisempia käytäntöjään toisen puolikkaan tutustuessa hoitosuositukseseen. Tämän jälkeen verrattiin pohdintojen tuloksena syntyneitä vuokaavioita. Harjoituksen aikana tehdyt havainnot vahvistivat käsitystä, jonka mukaan aikaisempien käytäntöjen tunnistaminen on erittäin tärkeää muutokseen tähtäävässä toiminnassa.

Harjoitusta seurasi tietoisuus hoitosuosituksista ja niiden merkityksestä valvontaviranomaisten kannalta.

Osallistujapalautteessa ei juurikaan kiinnitetty huomiota oppimis- ja muutostarpeiden tunnistamiseen. Enemmän osoitettiin kiinnostusta vuorovaikutukseen ja ryhmäprosesseihin.

Johtopäätökset ja suositukset

Vuoden 2001 aikana kaksi yhdyshenkilöä lopetti pienryhmien ohjaamisen työpaikan vaihdoksen takia. Yhden ryhmän osalta toiminta lopetettiin osallistujien puutteen takia syksyllä 2001. Muilta osin alueellinen ja paikallinen ryhmätoiminta jatkui, joskin jonkin verran epätasaisena. Ryhmät kokoontuivat pääosin säännöllisesti ja käsittelivät voittopuolisesti selkeitä lääkehoidon teemoja. Lääkehoidon kannalta relevantteja organisatorisia kysymyksiä käsiteltiin myös – näitä olivat markkinoinnin sudenkuopat, reseptien uusimiseen liittyvät ongelmat ja katkaisuhuolto. Sen lisäksi yhdessä ryhmässä keskusteltiin eettisistä ja lääkärin jaksamiseen liittyvistä haasteista – ne ovat teemoja, joiden yhteys Rohto –projektiin on epäselvempi.

Alueellisen toiminnan vahvuudeksi nousi moniammatillinen yhteistyö ja asiantuntijoiden käyttö ryhmätapaamisissa. Haasteina alueellisen pienryhmäkoulutuksen toteutukselle olivat edelleen sitoutumisen ongelmat, joiden taustalla on työ- ja vapaa-ajan kiireiden sekä muun koulutustarjonnan aiheuttama aikapula. Joillain alueilla oli myös pulaa lääkäreistä. Paikoitellen väsyminen käytetyn työskentelytavan vaatimaan itseenäiseen tiedonhankintaan vaikutti osallistujien aktiivisuuteen. Aiheiden vaihtuvuus saattoi ylläpitää mielenkiintoa, mutta saman aiheen pitkäjänteisempi käsittely, varsinkin jos siihen liittyy selkeä toimintakäytännön muutossuunnitelma ja muutosta koskeva seuranta, olisi voinut tehdä toiminnasta jäntevämpää.

Ryhmien oppimispäiväkirjoista käy ilmi, että myönteisinä kokemuksina pidettiin toisten kuuntelemista, aiheen kiinnostavuutta ja käsittelytavan soveltuvuutta aiheeseen. Ryhmän tavoitteita, yhteisesti sovittuja toimenpiteitä ja ajankäyttöä koskevissa mielipiteissä sen sijaan esiintyi enemmän hajontaa. Osallistujat ilmaisivat olevansa hyvinkin sitoutuneita muutoksiin. Luokiteltaessa mainittuja muutostavoitteita niiden konkreettisuusaste kuitenkin vaihteli huomattavasti. Mitä tarkemmin muutostavoite on ilmaistu sitä todennäköisempänä voidaan olettaa korkean sitoutumisen myös johtavan todellisiin muutoksiin. Vajaa puolet luokitelluista tavoitteista oli ilmaistu konkreettisesti mainiten spesifinen laboratoriotutkimus, kliininen tutkimus tai vastaava.

Yleisesti on todettava, että projektin johto panosti kevään 2001 aikana vähemmän alueellisen toiminnan tukemiseen kuin edellisinä toimintavuosina. Osa ryhmistä toimi säännöllisesti ja jäntevästi, osa ryhmistä kärsi epäjatkuvuudesta tai ryhmiin kutsuttujen vaihtelevasta osallistumisesta. Aikaisemmin todetut toiminnan jatkuvuutta vahvistavat tekijät samoin kuin toimintaa haittaavat tekijät olivat edelleen samanlaisina nähtävissä. Keväällä 2001 saatiin hyviä kokemuksia moni-ammattillisista tapaamisista ja asiantuntijoiden käytöstä. Samasta terveyskeskuksesta tai terveyskeskuksen kuntayhtymästä kootut ryhmät pystyivät muita paremmin ylläpitämään jatkuvuutta. Ajatellen toiminnan jatkamista projektikauden päättymisen jälkeen olisi ollut tärkeää, että hankkeessa mukana olevien ryhmien kytkeminen kiinteämpään koulutusorganisaatioon (sairaanhoitopiiriin, terveyskeskuksen tai lääkärijärjestöjen täydennyskoulustoimintaan) olisi tapahtunut jo projektin aikana. Arviointiryhmä korostaa myös,

että paikallista toimintaa organisoitaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että ryhmien ohjaajia kannustetaan pohtimaan ja kirjaamaan itselleen toimintamallia. Tietoinen toimintamalli ja sen muokkaaminen oman toiminnan arvioinnin pohjalta lisää ohjaajan itseluottamusta ja toiminnan järjestelmällisyyttä pakottamatta heitä soveltamaan vain tiettyjä oppimismenetelmiä (esimerkiksi ongelmalähtöistä oppimista).

Vuoden 2001 aikana oli havaittavissa, että alueelliset ryhmät olivat lisääntyvässä määrin moniammatillisia ryhmiä. Työskentelytapoja vaihdeltiin, mihin osaltaan vaikutti yhdyshenkilöiden pelko osallistujien kyllästymisestä yhteen koulutusmenetelmään. Toisaalta pyrittiin sovittamaan työskentelytapa käsiteltävään aihepiiriin. Ryhmien jäsenet olivat osin heikosti sitoutuneita toimintaan, mikä ilmeni poissaoloina ja välitehtävien laiminlyömisinä. Joissakin ryhmissä sitoutuminen oli kuitenkin erittäin vahvaa ja ryhmän jäsenet mm. hankkivat itsenäisesti tietoa tietokannoista tapaamisten välillä.

Joissakin ryhmissä ohjaajalla oli hyvin aktiivinen rooli, mikä voi johtaa myös ongelmiin ryhmän toiminnassa. Yhdyshenkilöt nostivatkin esiin mahdollisina toiminnan karikkoina ryhmän vetäjän liian ohjaavan roolin ja asettumisen asiantuntijan asemaan.

Haastattelujen perusteella ryhmien ja yhdyshenkilöiden toiminnan jatkuvuus oli hyvin epävarmaa.

Arviointityöryhmän näkökulmasta tässä vaiheessa hanketta olisi yhdyshenkilöiden kouluttamisessa pitänyt painokkaammin keskittyä tiedon hyväksikäyttöön ja toimintakäytäntöjen muuttamiseen. Yhdyshenkilöitä olisi pitänyt kannustaa pohtimaan ja kirjaamaan oman toimintamallinsa, jonka pohjalta omaa toimintaa voidaan arvioida ja kehittää. Tämä olisi lisännyt järjestelmällisyyttä toimintaan ilman että osallistujat olisivat olleet sidoksissa yhteen oppimismenetelmään.

Arviointiryhmä oli aiemmin ehdottanut, että alueellinen toiminta rakennettaisiin sairaanhoitopiirien ammatillisen täydennyskoulutusorganisaation varaan samalla korostaen sen tehtävää tukea myös perusterveydenhuollon täydennyskoulutusta. On ensiarvoisen tärkeää varmistaa sairaanhoitopiirien sitoutuminen oman täydennyskoulutuksensa kehittämiseen sekä lääkehoitoon liittyvien kysymysten painottamiseen koulutustoiminnassaan. Ilman tätä selkeää ”ohjelmallista” ja organisatorista tukea suunniteltujen koulutuslääkärien tehtävä käy erittäin vaikeaksi. Toiminnan rahoitusvastuun siirtäminen sairaanhoitopiirille muutaman ”sisäänajovuoden” jälkeen ei myöskään onnistu ilman tällaista sitoutumista.

Tämän mukaiselle toimintastrategialle Suomen Kuntaliiton tuki on tärkeä. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi myös pohtia, miten normi- tai taloudellisella ohjauksella sairaanhoitopiirejä voitaisiin kannustaa täydennyskoulutuksensa kehittämiseen myös nyt käsiteltävän suunnitelman tavoitteiden mukaisesti.

Eläytymismenetelmä: näkökulma pienryhmätoimintaan

Eläytymismenetelmällä tarkoitetaan tutkijan ohjeiden mukaan kirjoitettavia lyhyehköjä tarinoita, jotka perustuvat kirjoittajien omiin näkemyksiin ja kokemuksiin.

Vastaajia orientoidaan kehyskertomuksilla, joiden herättämien mielikuvien pohjalta heidän tulee tuottaa tarina. Tarinoissa vastaajat kuvaavat, mitä kehyskertomuksen alku- ja lopputilanteiden välillä on tapahtunut. Vaihtoehtoisesti tarina voi kuvata miten kehyskertomuksen kuvaamaan tilanteeseen on päädytty, tai miten kertomus etenee. ”Eläytymismenetelmällä tuotettujen tarinoiden tehtävänä ei ole kuvata todellisuutta, vaan mahdollisia tapahtumia ja sitä, mitä eri asiat eri ihmisille merkitsevät”. (Eskola 1997)

Kehyskertomuksia varioidaan eli muunnellaan eri tekijöiden suhteen. Kehyskertomuksesta on kaksi tai useampia versioita, jotka poikkeavat jonkun tietyn merkittävän seikan suhteen. Keskeistä on selvittää, miten vastaajien tarinat muuttuvat kun kehyskertomus muuttuu. Variaatioiden tuottamien tarinoiden rinnakkainen vertailu tuo uusia näkökulmia tilanteeseen. (Eskola 1997)

”Kehyskertomuksen eri tekijöitä vaihtelemalla saadaan aikaan erilaisia kertomuksia, joiden avulla voidaan etsiä ao. tilanteen rakenne ja sen eri elementtejä, tilanteen tai tapahtuman tietty logiikka.” (Eskola 1997, 17)

Tällöin saavutetaan kokeellisen tutkimuksen tapainen asetelma, jossa yhtä elementtiä muuttamalla ja pitämällä muut elementit vakioina saadaan esiin ko. episodin vaihtuva logiikka, esim. mitä tapahtuu, jos muutan kertomuksen tuota tai tätä kohtaa seuraavasti? Miten kehyskertomuksen perusteella kirjoitetun tarinan logiikka muuttuu? (Suoranta 1995)

Eläytymismenetelmä ei tarjoa valmiita ratkaisuja, vaan pakottaa käyttäjänsä aktiiviseen teoreettiseen työhön. Aineiston tehtävänä ei ole hypoteesien testaaminen, vaan niiden keksiminen. Aineisto tarjoaa tutkijalle tilaisuuden löytää aiheeseen uusia näkökulmia. Vaikka aineistossa tavallisesti esiintyy runsaasti stereotypioita, niiden joukkoon mahtuu poikkeuksia, jotka ovat aineistoa analysoitaessa erityisen mielenkiintoisia. (Eskola 1997)

Rohto-projektin yhdyshenkilöille lähetettiin 4.5.2000 eläytymismenetelmämateriaali jaettavaksi ryhmiin. Ryhmien ohjeistus oli seuraava:

- Kirjoita tarina siitä mitä on tapahtunut kehyskertomusten alun ja lopun välissä.
- Kirjoittamiseen varataan aikaa 15 min.
- Voidaan käyttää ranskalaisia viivoja jos tarinamuoto tuntuu hankalalta.
- Ei nimiä papereihin, ainoastaan ryhmäkoodi

Yhdyshenkilöt testasivat itse menetelmää kevään kouluttajakoulutuksessa ja pitivät sitä hyödyllisenä tapana analysoida ryhmän toimintaa. Niille ryhmille, jotka palauttivat arviointityöryhmälle kehyskertomusten pohjalta laaditut tarinat, lähetettiin yhteenveto oman ryhmän tarinoista pohjaksi ryhmätoiminnan keskustelulle ja arvioinnille.

Ryhmätoiminnan tutkimisessa käytettiin neljää eri kehyskertomusta. Oletuksena kehyskertomuksia laadittaessa oli, että ryhmissä käytetään ongelmalähtöisen oppimisen menetelmää ’tavallisessa’ muodossa eli siten, että ensimmäisellä tapaamiskerralla aloitetaan uuden aiheen käsittely (’avaus’). Tämän jälkeen seuraa (tavallisimmin useamman viikon mittainen) itseopiskeluvaihe. Lopuksi ryhmä kokoontuu uudelleen ja käy läpi itsenäisen tiedonhankinnan tulokset (’purku’). Kehyskertomuksia laadit

taessa lähtökohtana 'purkutilaisuuksien' osalta oli, että tuloksellisen tapaamisen lopuksi ryhmä päätyy jonkinasteiseen muutokseen toimintakäytännöissään.

Avaus

tarina 1a:

Rohto –ohjelman puitteissa koottu pienryhmä kokoontuu terveystieteiden kokoushuoneeseen. Tämän tapaamisen aikana on tarkoituksena avata uusi käsiteltävä aihe...

...Tapaamisen päättyessä sekä osallistujat että yhdyshenkilö ovat tyytyväisiä onnistuneeseen koulutustilaisuuteen.

tarina 1b

Rohto –ohjelman puitteissa koottu pienryhmä kokoontuu terveystieteiden kokoushuoneeseen. Tämän tapaamisen aikana on tarkoituksena avata uusi käsiteltävä aihe...

...Tapaamisen päättyessä sekä osallistujat että yhdyshenkilö ovat pettynyt epäonnistuneeseen koulutustilaisuuteen..

Purku

tarina 2a:

Rohto-pienryhmä on kokoontunut purkamaan aiheen avauksen yhteydessä sovitun itsenäisen tiedonhaun satoa...

...Tapaamisen lopuksi sovitaan yhteisesti tietyistä muutoksista, joita omassa työssä tullaan toteuttamaan käsitellyn aiheen tiimoilta.

tarina 2 b:

Rohto-pienryhmä on kokoontunut purkamaan aiheen avauksen yhteydessä sovitun itsenäisen tiedonhaun satoa...

...Tapaamisen lopuksi ei sovita käsitellyn aiheen tiimoilta toteutettavia muutoksia omassa työssä.

Osallistujien kirjoittamia tarinoita saatiin yhteensä 21 osallistujalta neljästä eri ryhmästä. Seuraavassa kuvataan erikseen kehyskertomuksen 1 ja 2 variaatioilla saatuja tuloksia. Lähtökohtana vastaajien kirjoittamien tarinoiden analysoinnissa oli sellaisten elementtien poimiminen, joiden voidaan olettaa pohjautuvan osallistujien omiin kokemuksiin (eikä esimerkiksi käsitykseen siitä, kuinka PBL-ryhmän teoriassa tulisi toimia).

Tulokset

Uuden aiheen käsittelyn aloitus eli 'avaus':

Lähes kaikki vastaajat kiinnittivät huomiota oppimistilanteessa noudatettaviin **menetelytapoihin**. Yleisellä tasolla mainittiin, että onnistuneessa ryhmätilanteessa ryhmä hallitsee ongelmalähtöisen oppimisen työskentelytavan, joka avaa mahdollisuuden 'löytää paljon asiaankuuluvia seikkoja' potilastapauksen alustavassa läpikäynnissä. Erityistä huomiota kiinnitettiin siihen, että kokoontumisen lopuksi tehdään yhteenveto käsitellyistä asioista ja sovitaan yhteisesti siitä, 'miten ongelma-aiheita valmistellaan jatkotyöstämistä varten'. "Kotitehtävien" jakamisessa pidettiin tärkeänä, että 'ketään

ei pakoteta tekemään mitään’ vaan osallistujat saavat itse päättää, mitä opiskelevat seuraavaa tapaamiskertaa varten. *’Kaikille jaettiin 1-2 erityisen mielekästä artikkelia – ei enempää – kotilukemiseksi’*.

Myös **ryhmäprosessiin** liittyviä tekijöitä käsiteltiin valtaosassa vastauksista. Erityisen tärkeänä koettiin runsas mielipiteiden vaihto, vapaa keskustelu ja väittelykin. Ohjaajan rooli nähtiin innostavana ja ryhmäprosessia sekä keskustelun sisältöä ohjaavana. Ryhmässä tapahtuu oppimista: *’osallistujat kykenevät välittämään toisilleen tietoa ja kokemuksia ko. sairausryhmän asioista – tieto lisääntyy osallistujilla’*. Sama vastaaja nosti esiin nuorempien kollegojen roolin ryhmätilanteessa: *’nuoremmat kollegat eivät kokeneet, että heitä nokiteltiin ja väheksyttiin ryhmässä = henki oli auttavainen ja toinen toistaan kannustava’*.

Ryhmäprosessissa hedelmällisenä nähtiin osallistujien omakohtaiset kokemukset aiheesta. Ongelmallista on, jos vain osa ryhmäläisistä kokee valitun aiheen mielekkääksi ja tarkoituksenmukaiseksi: *’kukin on kiinnostunut kovin erilaisesta aihepiiristä eikä halua antaa tuumaakaan periksi’*. Ryhmäprosessia voi vakavasti häiritä myös ryhmän jäsenten väliset ristiriidat: *’ryhmässä on jo ennestään eripuraa, henkilöksyymykset kärjistävät tilaisuutta eikä asiaan päästä’*. Mikäli ryhmän jäsenillä ei ole ryhmätyötaitoja, tämä heijastuu työskentelytapaan ja ryhmäprosessiin: *’kun tulisi olla rohkea, luottavainen, luova, onkin päinvastaiset mekanismit otettu käyttöön’*.

Rohto-toiminnan tulisi olla tuntua osallistujista **oman työn kannalta tärkeältä**. Olennaista on, että *’osallistujat uskovat, että Rohto-työskentely voi tarjota käyttökelpoisia ratkaisuja oman potilastyön ongelmiin’*. Ryhmässä tulisi käsitellä *’ajankohtaista ja työssä usein vastaan tulevaa aihetta’*.

Muutama vastaajista piti tärkeänä, että jo uuden aiheen käsittelyä aloitettaessa mietetään miten opittava asia voi **vaikuttaa käytännön työhön**. Oppimistarve herää, kun aihetta käsitellään *’nostaen esiin muistin sopukoista epäselviä seikkoja sekä aiheita, joihin tahdotaan perehtyä’*. Keskustelun aikana ryhmä identifioi *’tuntemattomia’* ja *’hämmärän peitossa’* olevia aiheita.

Ryhmätoimintaa haittaavia tekijöitä ovat osallistujien kiire ja väsymys, sekä poisolot, myöhästymiset ja poistuminen kesken tilaisuuden.

Aiheeseen liittyvä toinen tapaamiskerta eli ’purku’:

Toimintakäytäntöjen muutoksista sopiminen ja hoitolinjojen yhtenäistäminen tapahtuu todennäköisimmin silloin, kun keskustelu on vilkasta ja pysyy käsiteltävässä aihepiirissä. Osallistujat ovat halukkaita jakamaan tietojaan, ja lisätietoja saadaan mahdollisesti mukaan kutsutulta asiantuntijalta. Tapaamisessa *’tunnelma on ollut vapaa ja tila rauhallinen’*. Olennaista on, että *’saadun informaation valossa arvioidaan kriittisesti omia hoitokäytäntöjä’*. Yksi vastaaja nosti esiin myös muutoksen seurannasta sopimisen merkityksen.

Eräs syy sille, että ryhmätoiminnan tuloksena ei päädytä muuttamaan toimintakäytäntöjä on se, että *’alun tavoite on ollut epämääräinen’*. Jos edellisestä tapaamisesta (kyseisen aihepiirin käsittelyn aloitus) on kulunut kovin pitkä aika, opiskelun intensiteetti on vähäistä ja *’kukaan ei varmuudella muista, millaisia tavoitteita*

viimeksi asetettiin. Ajan puutteen tai heikon motivaation vuoksi tiedonhankinta tapaamisten välillä on myös voinut jäädä vähäiseksi, joten uutta tietoa toimintakäytäntöjen kriittisen tarkastelun pohjaksi on hyvin vähän käytössä.

Mikäli aihepiiri on laaja ja keskustelu rönsyilevää, ryhmätapaamiseen varattu aika loppuu kesken eikä yhteenvedoa tai sopimusta toiminnan muuttamisesta ehditä tehdä.

Vaikka ryhmä pitäisi toiminnan muuttamista tarpeellisena, on mahdollista, että *'muutosten toteutus ei käytännön syistä onnistu'*. Syynä voi olla myös se, että *'osallistujat ovat liian piintyneitä omiin tapoihin eivätkä ole valmiita sitoutumaan muutokseen'*.

Ryhmätapaaminen ei välttämättä ole epäonnistunut, vaikka muutostavoitteista ei sovittaisi. Yksi keskeinen syy sille, ettei ryhmä päädy yhteisesti sovittuihin muutoksiin toimintakäytännöissä, on se ettei *'ole ollut tarvetta muuttaa työskentelytapoja'*.

Yhteenvedo

Eläytymismenetelmällä tuotettu aineisto tarjoaa näkökulmia siihen, mitkä alueellisten pienryhmien osallistujien mielestä olivat toiminnan edellytyksiä ja esteitä. Koulutuksen toimivuuden kannalta on tärkeää, että ryhmä hallitsee strukturoidun työskentelytavan, johon sisältyy yhteenvedojen tekeminen käsitellyistä aiheista. Myös tässä aineistossa – kuten yhdyshenkilöhaastatteluissakin – kiinnitettiin huomiota siihen, että ”kotitehtävät” tulee sopia selkeästi eikä niitä saa olla liikaa.

Ryhmäprosessin toimivuus on keskeistä. Ilmapiiriin tulee olla avoin ja turvallinen. Ryhmässä tarvitaan tilaa avoimelle dialogille, joka mahdollistaa implisiittisen asiantuntijatiedon jakamisen ja yhteisen, laajan näkökulman avaamisen. Kun osallistujat toisaalta korostavat strukturoidun työskentelytavan merkitystä ajankäytön tehokkuuden kannalta, on ryhmän vetäjä hyvin haastavan tilanteen edessä. Lisäksi ryhmän jäsenten kesken voi olla aikaisempia ristiriitoja, jotka tuovat oman jännitteensä ryhmätoimintaan. Aineiston tulkinta korostaa entisestään ryhmäprosessien hallinnan merkitystä osana yhdyshenkilöiden koulutusta.

Osallistujien motivaation kannalta on tärkeää, että käsiteltävillä aiheilla koetaan olevan merkitystä oman työn kannalta ja pohditaan niitä vaikutuksia, joita opittavilla asioilla voi olla ryhmän jäsenten käytännön työhön. Samalla tulisi kuitenkin jo varhaisessa vaiheessa kiinnittää huomiota niihin mahdollisiin esteisiin, joita toimintakäytäntöjen muuttamiselle saattaa ilmetä. Koulutuksen seurauksena syntynyt muutosvalmius ja innokkuus oman työn kehittämiseen romahtaa helposti, jos muutoksia ei käytännössä ole mahdollista toteuttaa. Eräs mahdollisuus muutoksen esteiden käsittelyyn on kytkeä niin terveystalkosten johto, muut ammattiryhmät kuin myös alueen erikoislääkäritkin tiiviimmin mukaan alueelliseen pienryhmätoimintaan.

Omien toimintakäytäntöjen kriittistä arviointia edesauttaisi toiminnan dokumentointi ja palautejärjestelmät (esim. lääkkeenmäääämisprofiilit). Samalla yhteisesti sovittuja tai osallistujien itsensä asettamien muutostavoitteiden toteutumista voitaisiin seurata.

Täydennyskoulutuskysely

Marraskuussa 2000 postitettiin arviointiryhmän toimesta täydennyskoulutuskysely kaikkiin niihin terveyskeskuksiin, joista on mukana lääkäreitä ROHTO –projektin alueellisissa pienryhmissä. Kyselylomakkeet postitettiin ylilääkäreille ja heitä pyydettiin jakamaan lomakkeet terveyskeskuksessa työskenteleville lääkäreille. Samalla postitettiin näiden terveyskeskusten ylilääkäreille kysely, jossa kartoitettiin heidän näkemyksiään projektista. Tavoitteena oli mm. selvittää Rohto –toiminnasta pois jättäytymisen syitä.

Terveyskeskuslääkäreille suunnattuja lomakkeita lähetettiin 278. Lomakkeen palautti 51 terveyskeskuslääkäriä. Vastausprosenttia laskettaessa ei ole huomioitu yhteen terveyskeskukseen lähetettyjä lomakkeita, koska sieltä ei olla palautettu yhtään lomaketta. Muista terveyskeskuksista on saatu vähintään yksi lomake takaisin, joten voidaan olettaa, että niissä kyselyn jakelu on tapahtunut ylilääkärin toimesta. Vastausprosentti oli 22%. Alhaiseen vastausprosenttiin vaikuttanee kyselyn jakelutapa, ajankohta sekä osittain päällekkäinen kohderyhmä aiemmin syksyllä postitetun Rohto –kyselyn kanssa.

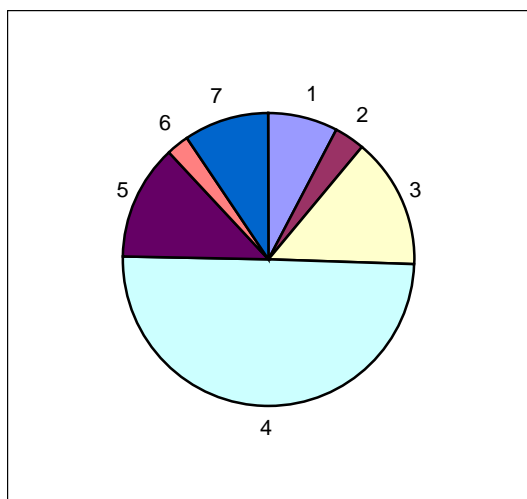
Terveyskeskuslääkäreille suunnattu kysely

Terveyskeskuslääkäreille suunnattu kysely laadittiin vuoden 2000 aikana suoritettujen Rohto –projektin yhdyshenkilöiden haastattelujen ja eläytymismenetelmän avulla kerätyn aineiston pohjalta. Kyselylomake jakautui kolmeen osaan. Lomakkeen alussa oli osio, johon vastasivat kaikki riippumatta siitä oliko vastaaja osallistunut Rohto –projektin pienryhmätoimintaan. Lääkäreiltä, jotka eivät ole koskaan osallistuneet Rohto –projektin alueelliseen pienryhmätoimintaan, kysyttiin syitä osallistumattomuuteen. Kaikilta, jotka olivat edes joskus osallistuneet pienryhmätoimintaan, kysyttiin saaduista kokemuksista. Niiltä lääkäreiltä, jotka olivat osallistuneet joskus ja jättäytyneet sittemmin pois toiminnasta, kysyttiin pois jättäytymisen syitä.

Ennen kyselyjen lähettämistä lomaketta muokattiin viiden lääkärin/tutkijan kommenttien perusteella.

1.1.1.21 Täydennyskoulutus

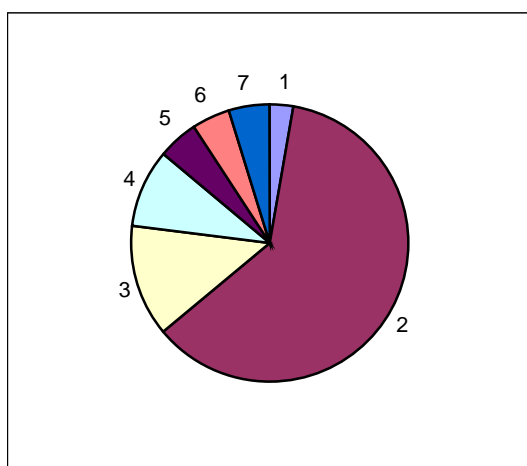
Kyselyn ensimmäisessä osiossa vastaajia pyydettiin määrittämään omat vahvuusalueensa ja kehittämiskohteensa lääkärinä (kuva 4). Molemmissa kysymyksissä painotui selkeästi spesifit kliiniset erikoisalajat. Suhteellisen moni vastaaja piti kuitenkin omana vahvuusalueenaan potilas-lääkärisuhteeseen liittyviä tekijöitä, samoin ammatillista kompetenssia yleisellä tasolla sekä kokemusta perusterveydenhuollon ”leipätyöstä”.



- 1 = neuvola/kouluterveydenhuolto
- 2 = ammatillinen kokemus
- 3 = vuorovaikutustaidot / potilas- lääkärisuhde
- 4 = tietty kliininen erikoisala
- 5 = ammattitaito yleisesti
- 6 = työn organisointiin liittyvä
- 7 = muu (esim. ATK-taidot)

Kuva 4. Mitkä ovat omat vahvuusalueesi lääkärinä?

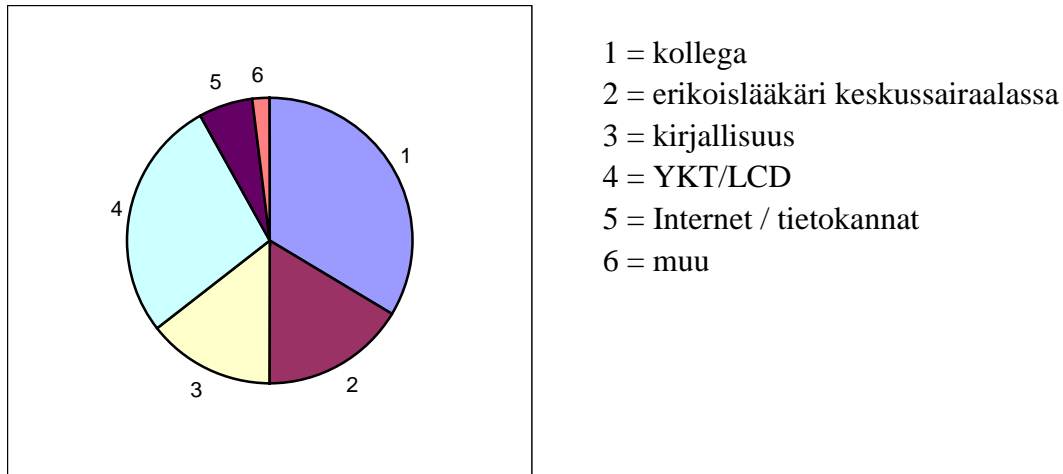
Kehittämiskohteissa (kuva 5) usea vastaaja nosti esiin jatkuvan tarpeen ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan laajalti eri lääketieteen alueilla. Samoin monessa vastauksessa kiinnitettiin huomiota työssä jaksamiseen ja oman työn organisointiin.



- 1 = vuorovaikutustaidot / potilas- lääkärisuhde
- 2 = tietty kliininen erikoisala
- 3 = ammattitaito yleisesti
- 4 = työn organisointiin / jaksamiseen liittyvä
- 5 = lääkehoitoon / farmakologiaan liittyvä
- 6 = akuuttihoito
- 7 = muu (esim. ATK-taidot)

Kuva 5. Millä alueilla Sinulla olisi kehittämisen tarvetta?

Kyselyssä kartoitettiin myös terveyskeskuslääkäreiden tiedonhankintatapoja (kuva 6).



Kuva 6. Mistä hankit ensisijaisesti tietoa kohdatessasi kiperän potilasongelman?

Valtaosa vastaajista kysyy ensisijaisesti neuvoa kollegalta. Tähän luokkaan sisältyy ne vastaukset, joissa mainittiin tietolähteenä 'kollega' tai 'oman terveyskeskuksen kollega'. 18 vastaajaa mainitsi erikseen keskussairaalan erikoislääkärin konsultaation. Yleislääkärin käsikirja / tietokanta on tämänkin kyselyn pohjalta erittäin yleinen tiedonhankintaväline terveyskeskuslääkäreillä: 60% vastaajista ilmoitti käyttävänsä sitä yhtenä tiedonhankinnan välineenä. Rohto –projektin kannalta on tärkeää huomata, että valtaosassa alueellisista pienryhmistä yksi keskeisimmistä tiedonhankinnan välineistä on YKT / LCD. Toisaalta saman materiaalin käyttö oppimateriaalina ja vastaanottotyössä voidaan nähdä toisiaan tukevana toimintana, mutta koulutuksessa olisi hyödyllistä rohkaista myös muiden tiedonhankintakanavien (kirjallisuus, tietokannat) laajamittaisempaan käyttöön.

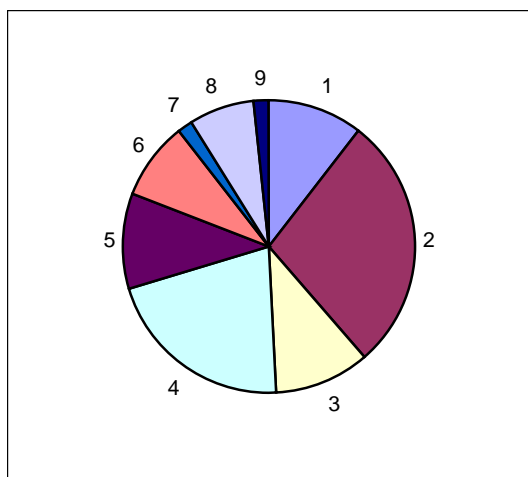
Kyselyyn vastanneet lääkärit mainitsivat osallistuvansa täydennyskoulutukseen keskimäärin 5 tuntia kuukaudessa (kuva 7). Yhden vastaajan osalta arvioitu tuntimäärä oli erittäin paljon suurempi kuin muilla (20-25 tuntia), joten voidaan olettaa, että kysymys on ymmärretty tässä tapauksessa väärin ja vastaus jätettiin huomioimatta analyyseissa.



Kuva 7. Kuinka monta tuntia lääkärit osallistuvat koulutukseen kuukaudessa

1.1.1.22 Kuinka hyvin tunnet Rohto –projektia ja sen toimintaa?

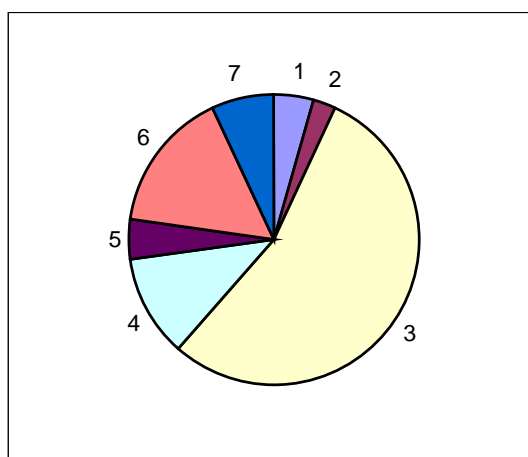
Rohto –projektin toiminnan vahvuuksina (kuva 8) mainittiin useimmin pienryhmätoiminta ja käsiteltävät teemat. Monet vastaajista mainitsivat myös käytännönläheisyyden, paikallisuuden ja sen, että oppiminen on tehokkaampaa. Pienryhmätoiminnassa positiivisena nähtiin *”asioiden läpikäynti ja keskustelu tutussa porukassa”*. Käsiteltäviä aiheita pidettiin vahvuutena, koska ne saatiin itse valita. Paikallisuudella vastaajat tarkoittivat opittujen asioiden soveltamista oman työpaikan tapoihin.



- 1 = oppiminen
- 2 = pienryhmät
- 3 = paikallisuus
- 4 = aiheet
- 5 = käytännönläheisyys
- 6 = omatoimisuus
- 7 = asiantuntijat
- 8 = hoitolinjojen vertaaminen ja yhtenäistäminen
- 9 = vuorovaikutus terveyskeskusten välillä

Kuva 8. Mitkä ovat mielestäsi Rohto –projektin toiminnan vahvuudet?

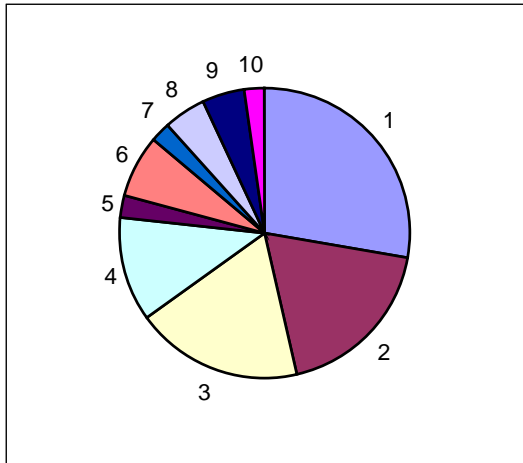
Yli puolet mainituista toiminnan ongelmakohdista (kuva 9) liittyy ajan puutteeseen. Toiseksi suurin ongelmakategoria on osallistujien sitoutumattomuus säännölliseen toimintaan, joka osaltaan johtuu myös ajan puutteesta. Muutamia mainintoja tuli myös koulutuksen teknisestä toteutuksesta ja tavoitteiden epäselvyydestä. Tavoitteisiin liittyen muutama vastaaja pohti koko toiminnan hyödyllisyyttä: *”Mikä on koko homman logiikka? Valtakunnalliset suositukset ovat jo olemassa.”*



- 1 = vetäjät
- 2 = ryhmätoiminta
- 3 = ajan puute
- 4 = tekninen toteutus
- 5 = kotiläksyt
- 6 = sitoutuminen
- 7 = tavoitteet

Kuva 9. Mitkä ovat mielestäsi Rohto –projektin toiminnan ongelmakohdat?

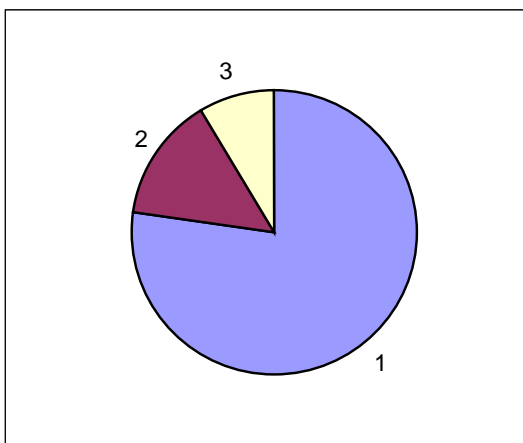
Vastaajien mukaan Rohto –projektin toiminnassa vaaditaan enemmän omaa aktiivisuutta kuin “tavanomaisessa” täydennyskoulutuksessa (kuva 10). Rohto –projektin erottaa ’tavanomaisesta’ myös pienryhmätoiminta, paikallisuus ja työpaikkälähtöisyys sekä lääkäreiden keskustelu ja yhteistyö.



- 1 = oma aktiivisuus
- 2 = pienryhmätoiminta
- 3 = paikallisuus, työpaikkalähtöisyys
- 4 = keskustelu, yhteistyö
- 5 = konsultoidaan asiantuntijaa
- 6 = opitaan paremmin
- 7 = tapahtuu työaikana
- 8 = mahdollisuus vaikuttaa
- 9 = käytännönläheisyys
- 10 = ei lääkefirman tarjoama

Kuva 10. Miten Rohto –projekti poikkeaa mielestäsi “tavanomaisesta” täydennyskoulutuksesta?

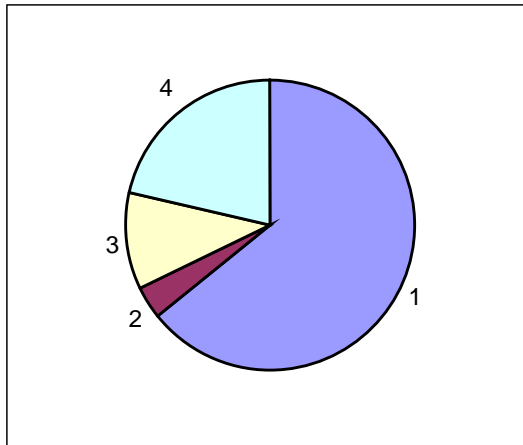
Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että koulutusmenetelmä oli vaikuttanut osallistumishalukkuuteen positiivisesti (kuva 11). Kuitenkin muutama oli sitä mieltä, että koulutusmenetelmä ei välttämättä ole paras mahdollinen. Yksi osallistuja mainitsi, että luentomainen opetus sopii hänelle paremmin, ja yksi oli sitä mieltä, että tällainen työtapa on työajan haaskausta.



- 1 = positiivisesti
- 2 = negatiivisesti
- 3 = ei merkitystä

Kuva 11. Miten käytetty menetelmä (alueellinen pienryhmätoiminta) on vaikuttanut haluusi osallistua Rohto –projektin toimintaan?

Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että käsitellyt teemat ovat vaikuttaneet osallistumishalukkuuteen positiivisesti (kuva 12).



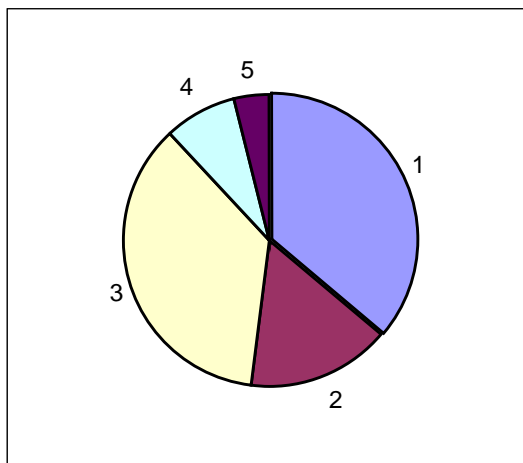
- 1 = positiivisesti
- 2 = negatiivisesti
- 3 = ei vaikutusta
- 4 = aiheet itse valittu

Kuva 12. Miten koulutuksessa käsitellyt teemat ovat vaikuttaneet haluusi osallistua Rohto –projektin toimintaan?

1.1.1.23 Osallistumien Rohto -projektiin

Vastaajat, jotka eivät olleet osallistuneet Rohto –projektin toimintaan, mainitsivat syiksi ajan puutteen ja tarjonnan puutteen. Aikaisemmin mukana olleet ja pois jättäytyneet mainitsivat pois jättäytymisen syiksi ajan puutteen, vetäjien puutteen ja projektin loppumisen. Muutama pois jättäytynyt kyseenalaisti myös projektin hyödyn. Eräs vastaaja mainitsi: ”*käypä hoito –suosituksia tarpeeksi, Rohto –projekti turha*”

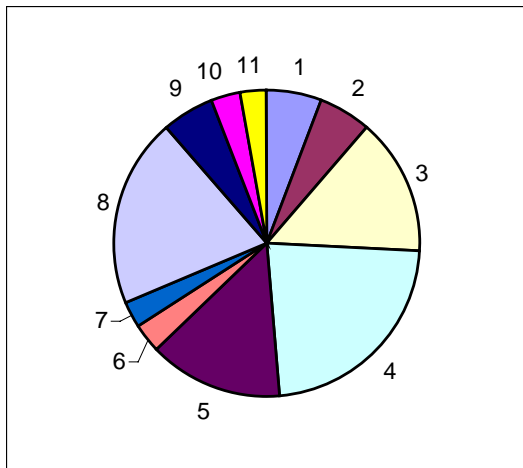
Suurin osa (88%) pienryhmätoimintaan osallistuneista ilmoitti käyttäneensä aikaa itsenäiseen tiedonhankintaan 0-2 tuntia kuukaudessa (kuva 13).



- 1 = 0 tuntia
- 2 = 0-1 tuntia
- 3 = 1-2 tuntia
- 4 = 2-4 tuntia
- 5 = 4-6 tuntia

Kuva 13. Paljonko olet keskimäärin käyttänyt kuukaudessa aikaa Rohto –projektiin liittyvään tiedonhankintaan ja opiskeluun ryhmätapaamisten välillä?

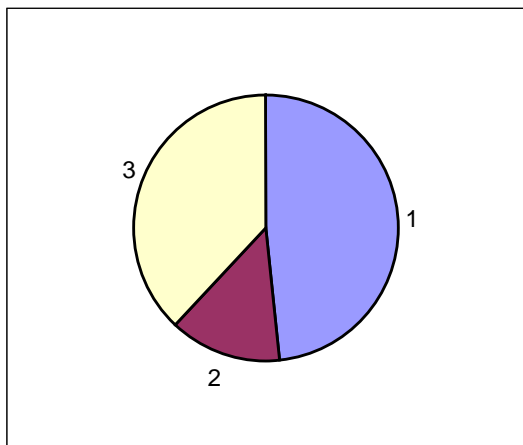
Tiedon lähteinä olivat yleisimmin YKT, kotimaisten lehtien artikkelit, lääkärin CD ja ryhmän vetäjän jakamat artikkelit (kuva 14).



- 1 = Internet
- 2 = Käypä hoito -suositukset
- 3 = Lääkäriin CD
- 4 = YKT
- 5 = vetäjän jakamat artikkelit
- 6 = yleisteokset
- 7 = konsultaatio
- 8 = lehdet
- 9 = Medline
- 10 = lääketehtaiden julkaisut

Kuva 14. Mistä olet ensisijaisesti hankkinut tietoa osana koulutusta?

Puolet vastaajista ilmoitti tunteneensa Rohto –projektin koulutusmenetelmän ennestään (kuva 15).



- 1 = ei
- 2 = hieman
- 3 = on

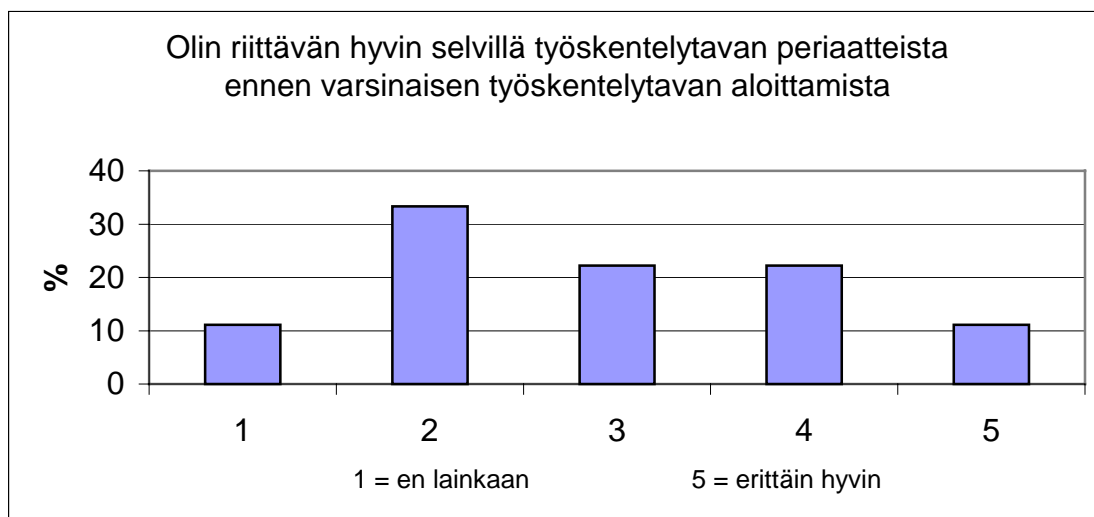
Kuva 15. Onko Rohto –projektissa käytetty koulutusmenetelmä sinulle ennestään tuttu?

Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että ryhmän tulisi itse valita käsiteltävät aiheet joko yhdessä sopimalla tai ryhmän jäsenille tehtävän kyselyn avulla. Tämän lisäksi mainittiin myös jokapäiväisessä työssä tarvittavat asiat, tavallisimmat infektiolääkitysaiheet, hoitohenkilökunnan ja potilaiden palaute, valtakunnallinen kysely ja tautien yleisyys. Erään vastaajan mielestä teemat tulisi valita ”osittain ryhmä, osittain ’ylhäältä’”.

Kaikki vastanneet pitivät käsiteltyjä teemoja mielenkiintoisina ja hyödyllisinä. Lähes kaikki vastanneet olivat myös tyytyväisiä toiminnan organisointiin ja ohjaamiseen. Vain muutama mainitsi ongelmana ajan puutteesta johtuvan sitoutumisen puutteen.

Kyselyyn sisältyi strukturoitu 24-kohtainen osio, jossa kartoitettiin Rohto –pienryhmien osallistujien kokemuksia alueellisesta ryhmätoiminnasta. Osioon vastasi 36 henkilöä.

Kokonaisuutena voidaan todeta, että pienryhmien osallistujat eivät olleet riittävän hyvin selvillä projektin tavoitteista pienryhmätoiminnan alkaessa (kuva 16). Pienryhmätoimintaa pidettiin käyttökelpoisena toimintamuotona, mutta ryhmäprosessin suhteen palautteessa oli huomattavaa vaihtelua.



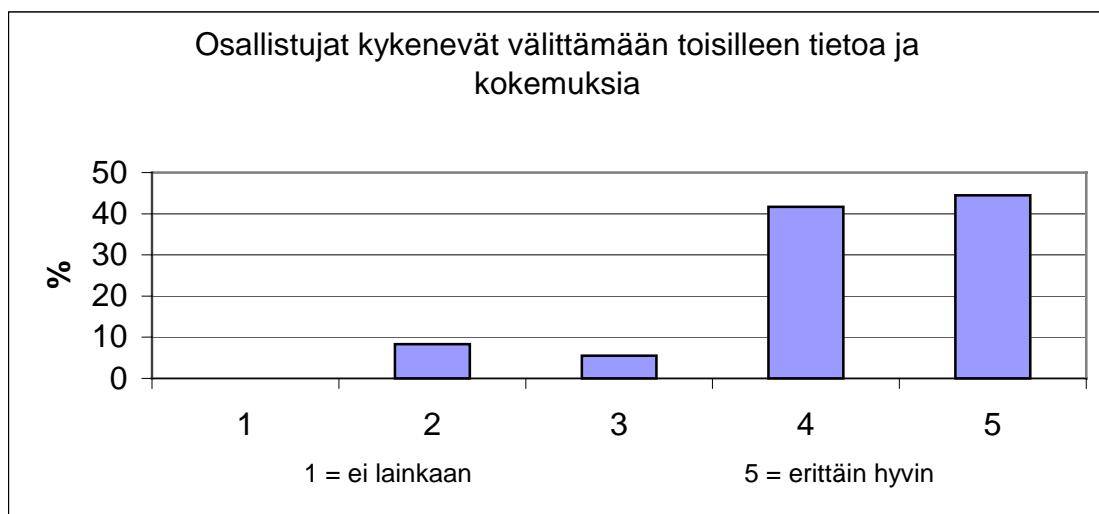
Kuva 16. Olivatko osallistujat mielestään riittävän hyvin selvillä työskentelytavan periaatteista ennen varsinaisen työskentelyn aloittamista?

Pienryhmätoimintaa aloitettaessa olisi suositeltavaa järjestää riittävän pitkä ja hyvin suunniteltu käynnistystilaisuus, jossa käytäisiin läpi sekä projektin tavoitteet että oman pienryhmän tavoitteet ja toimintamuodot. Lisäksi voitaisiin sopia ryhmän käyttämistä toimintamalleista, joista yksi mahdollinen on ongelmalähtöinen oppiminen.

Myös kyselyssä – kuten muissakin aineistoissa – käy ilmi, että osalla terveyskeskuslääkäreistä on suuria vaikeuksia irrottautua työtehtävistään säännölliseen pienryhmäpohjaiseen koulutukseen.

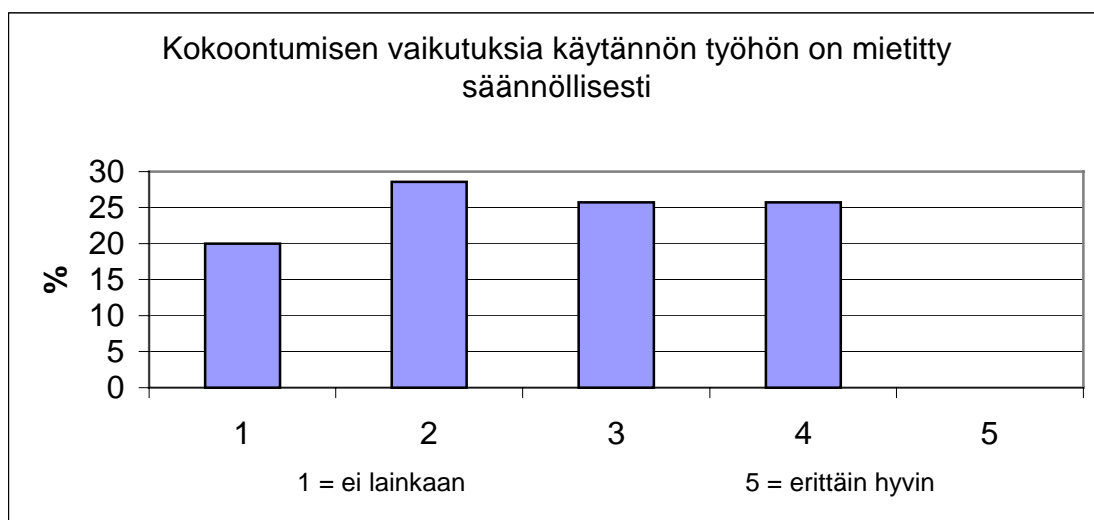
Aiheiden osalta lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että ne olivat olleet ajankohtaisia, käytännönläheisiä ja sivunneet vastaanottotilanteissa usein eteen tulevia ongelmia. Yhtä lukuun ottamatta kaikki pienryhmät olivat itsenäisesti valinneet käsittelemänsä aiheet.

Myös strukturoitujen kysymysten pohjalta voidaan todeta, että kollegat ovat tärkeä tiedonlähde (kuva 17).



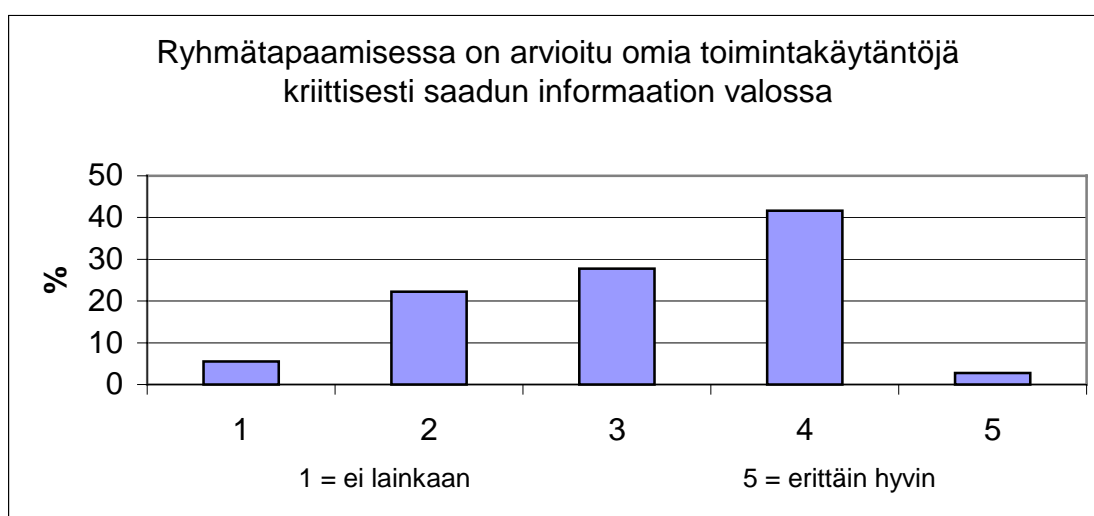
Kuva 17. Kykenevätkö osallistujat välittämään toisilleen tietoa ja kokemuksia?

Vain osassa ryhmiä oli systemaattisesti mietitty pienryhmätoiminnan vaikutuksia käytännön työhön (kuva 18).



Kuva 18. Onko kokoontumisen vaikutuksia käytännön työhön mietitty säännöllisesti?

Hieman alle puolet vastaajista oli sitä mieltä, että omia toimintakäytäntöjä oli ryhmätapaamisissa arvioitu kriittisesti (kuva 19).



Kuva 19. Onko ryhmätapaamisessa arvioitu kriittisesti omia toimintakäytäntöjä saadun informaation valossa?

Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kirjallista materiaalia on pienryhmissä saatu riittävästi. Alle 40% vastaajista koki teemojen käsittelyn lisänsä mielenkiintoa esim. aiheita käsittelevien artikkelien lukemiseen ryhmätoiminnan ulkopuolella.

Mikäli ryhmäprosessi olisi toimivampi, ja omia toimintakäytäntöjä arvioitaisiin systemaattisemmin sekä pohdittaisiin ryhmissä säännöllisemmin käsiteltyjen asioiden vaikutusta käytännön työhön, pienryhmätoiminnan vaikuttavuus todennäköisesti lisäntyisi huomattavasti.

Yhteenvetona voidaan todeta, että alhaisesta vastausprosentista huolimatta terveyskeskuslääkäreille suunnattu kysely toisaalta vahvistaa muilla menetelmillä kootun aineiston pohjalta vedettyjä johtopäätöksiä, toisaalta taas tarjoaa uusia näkökulmia alueellisen toiminnan tarkasteluun.

Ylilääkärikysely

Osana kyselyä lähetettiin erillinen kysely niille 13 ylilääkärille, joiden terveyskeskuksesta oli ollut mukana lääkäreitä Rohto -projektin alueellisessa pienryhmätoiminnassa. Kyselyyn vastasi 10 ylilääkärää.

Noin puolet vastaajista ilmoitti, ettei tunne projektia kovin hyvin. Vain kolme sanoi tuntevansa projektin ja sen toiminnan hyvin. Rohto –projektin toiminnan vahvuuksina ylilääkärit pitivät pienryhmissä tapahtuvaa alueellista koulutusta.

”Uudentyyppinen kouluttautuminen kiinnostaa lääkäreitä, ja tutussa ryhmässä on mahdollista aktiivisesti pohdiskella totunnaisia hoitokäytäntöjä.” (3)

”Tiedon ja paikallisen kokemuksen yhdistäminen” (5)

Yksi ylilääkäri mainitsi vahvuutena myös vuorovaikutuksen eri terveyskeskusten välillä. Yhden vastaajan vastaus poikkesi selkeästi muista:

”Laajuus – yli Suomen, selkeät päämäärät ja organisaatio.” (2)

Rohto –projektin ongelmista ylilääkäreillä oli hyvin erilaisia näkemyksiä. Etenkin ne ylilääkärit jotka ilmoittivat tuntevansa projektin toimintaa hyvin nostivat esiin aikatauluongelmat.

”Yleensä päivä on jo täynnä, kun Rohto –koulutuksen aika tulee. Lääkäripulan takia aika ei tahdo millään riittää” (1)

Kaksi vastaajaa kiinnitti huomiota ryhmätapaamisten sisältöön.

”Pitäisi kuitenkin käyttää enemmän aikaa aiheen käsittelyyn. Kertaistunnolla sekä ongelmien kartoittaminen että tiedon haku ja ratkaisujen etsiminen voi ’pinnallistaa’ ongelmien käsittelyä” (3)

”Vetäjän pitää osata aktivoida ja huolehtia että pysytään sovitussa teemassa. Muuten menee helposti yleiseksi keskustelutilaisuudeksi” (7)

Yksi vastaaja huomautti, että tämän tyyppistä toimintaa ei vielä mielletä täydennyskoulutukseksi eikä nähdä vuorovaikutuksen merkitystä. Muita ongelmia, joita ylilääkärit vastauksissaan mainitsivat, olivat tiedotus, huono kattavuus, hajanaisuus sekä epävarmuus siitä, saadaanko toiminnalla aikaan muutosta toimintakäytännöissä.

Kaksi ylilääkärää piti Rohto –toimintaa erittäin tärkeänä terveyskeskuksensa kannalta, ja muutkin suhtautuivat hyödyllisyyteen melko myönteisesti. Kolmen ylilääkärin mukaan heidän terveyskeskuksessaan oli havaittavissa muutoksia työskentelytavoissa Rohto –projektin seurauksena. Esimerkkinä mainittiin moniammatillisuutta vaativat hoitoketjut ja käytännöt. Useampi vastaajista totesi, että muutosta oli vaikea arvioida ainakin projektin siinä vaiheessa.

Yhdeksän kymmenestä vastaajasta arvioi pienryhmäpohjaisen, alueellisen lääkäreiden täydennyskoulutuksen soveltuvan hyvin heidän terveyskeskuksensa toimintaan ja

toimintaympäristöön. Yksi ylilääkäri totesi, että väestövastuumuotoisessa työssä tämän tyyppiseen koulutukseen ei ole 'työrauhaa'.

Muissa kommenteissa korostettiin toimipaikalla tapahtuvan, helposti saavutettavan täydennyskoulutuksen tärkeyttä. Erityisesti väestövastuisessa työssä pidettiin tärkeänä, että ylilääkäri huolehtii koulutusmotivaation säilymisestä.

"Erittäin tärkeä asia, aika on revittävä siihen vaikka mistä" (1)

"Tämän tyyppinen koulutus olisi saatava jollakin tapaa 'pakolliseksi'" (10)

Yhteenvetona voidaan todeta, että ylilääkärit suhtautuivat hyvin positiivisesti Rohto –projektiin ja alueelliseen pienryhmäkoulutukseen yleensä ja katsoivat sen soveltuvan hyvin terveyskeskustensa toimintaan. Aikatauluongelmat ja lääkäripula nähtiin tärkeimpinä ongelmina. Rohto –projektin toimintaa pidettiin terveyskeskusten kanalta hyödyllisenä, vaikka sen konkreettisia vaikutuksia oli vielä vaikea arvioida.

Alueellisen koulutuksen vaikuttavuus

Alueellisen koulutuksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella sen pohjalta, mitä teemoja ryhmissä on käsitelty, mitä käsitellyistä aiheista on opittu sekä asenteellisella tasolla muutosten läpivientiin sitoutumista.

Toimintakäytäntöjen muutoksen arviointi osoittautui hyvin vaikeaksi, sillä ryhmissä on valittu opiskelevat aihepiirit itsenäisesti, eikä esim. tietyn lääkeaineryhmän koulutuksen seuraaminen laajemmassa mittakaavassa ollut mahdollista. Huomiota kiinnittää se, että hyvin harvassa ryhmässä koulutus on painottunut lääkkeenmääräämiskäytäntöihin. Sen sijaan lääkehoitoa on tarkasteltu osana kokonaishoitoa. Yleisimpiä ryhmissä käsiteltyjä teemoja ovat avohoidon infektiot sekä depressio (taulukko 12).

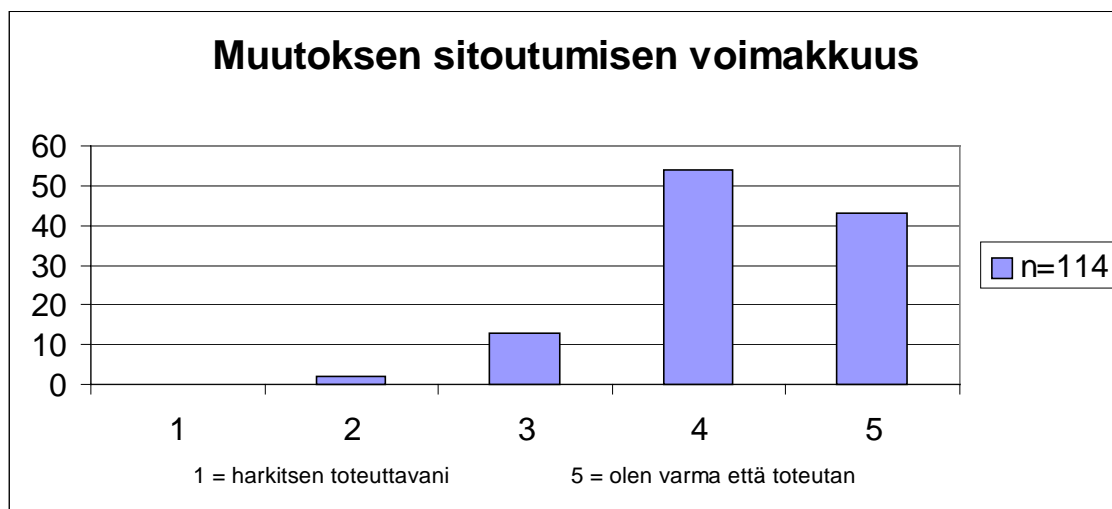
Taulukko 12. Yleisimmät alueellisissa ryhmissä käsitellyt teemat

Alueellisten ryhmien yleisimmin käsittelemät teemat	
Avohoidon infektiot	15
Depressio	10
Unettomuuden hoito	6
Diabetes	6
Hormonikorvaushoito	6
Kroonisen kivun hoito	6
Vanhusten monilääkitys	6
Kohonnut verenpaine	5
Osteoporoosi	5
Dementian käytöshäiriöiden hoito	5
Apteekkiyhteistyö	5
Tyypin 2 diabetes	4

Osallistujien muutostavoitteita ja niihin sitoutumista arvioitiin analysoimalla 89 oppimispäiväkirjaa. Muutostavoitteiden konkreettisuus heijastaa sitä tasoa, jolla

käsiteltävästä aiheesta on opittu. Yhdyshenkilöiden haastattelujen perusteella voidaan todeta, että ryhmissä tapahtuu kuitenkin hyvin paljon ns. hiljaista oppimista, jota ei välttämättä pueta sanalliseen muotoon tai ilmaisista kirjallisesti oppimispäiväkirjoissa.

Oppimispäiväkirjassa osallistujia pyydetään kunkin muutostavoitteen osalta arvioimaan, kuinka todennäköisesti he tämän muutoksen toteuttavat. Oheisesta kuvasta (kuva 20) käy ilmi, että vastaajat ilmaisevat olevansa hyvinkin sitoutuneita muutoksiin.



Kuva 20. Muutokseen sitoutumisen voimakkuus

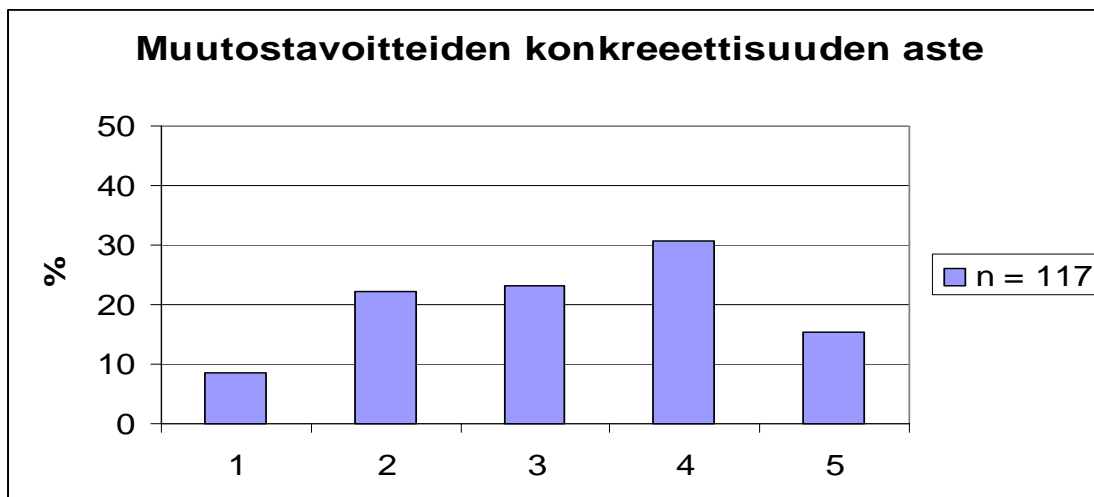
Tarkasteltaessa muutostavoitteiden konkreettisuutta – jota yleisesti pidetään muutoksen toteuttamisen edellytyksenä – tilanne näyttää kuitenkin huomattavan erilaiselta.

Tarkastelluissa oppimispäiväkirjoissa mainittiin yhteensä 117 muutostavoitetta. Tavoitteiden konkreettisuus arvioitiin asteikolla 1-5, 1 ilmentäen kaikkein yleisimpiä tavoitteita ja 5 konkreettisimpia. Seuraavassa kuvataan esimerkein arviointiasteikossa käytettyä luokittelua:

1 = ”hoitokäytäntö”

- 2 = ”kriittisempi koko lääkityksen suhteen”
- 3 = ”UÄ-tutkimuksen käyttö”
- 4 = ”katson tiettyjen lääkehoitojen yhteydessä kreatiniinin (ja kaliumin)”
- 5 = ”tarkempi RR-mittaus = mol. kädet!”

Kuten luokittelusta käy ilmi, siinä ei ole huomioitu muutoksen suuruutta verrattuna aikaisempaan toimintakäytäntöön, vaan pyritty puhtaasti arvioimaan muutospyrkimyksen konkretian astetta.



Kuva 21. Muutostavoitteiden konkreettisuuden aste

Yhteenveto alueellisesta koulutuksesta vuosina 1999-2001

Alueellisella pienryhmätoiminnalla tarkoitetaan eri puolella Suomea toimineita pienryhmiä, joiden toimintaa organisoivat paikalliset yhdyshenkilöt. Yhdyshenkilöverkosto sai koulutusta ja muuta tukea (mm. materiaaalipaketit) projektin johdon järjestämänä.

Alueellisen toiminnan valmistelun käynnistyessä syksyllä 1998 toiminnassa oli mukana 10 yhdyshenkilöä. Näistä yhdyshenkilöistä kaksi on mukana toiminnassa vuoden 2001 lopussa. Lisäksi projektin aikana on rekrytoitu mukaan kuusi yhdyshenkilöä. Myös projektipäällikkö vetää yhtä pienryhmää.

Vuonna 1999 aloittaneista 21:stä ryhmästä toiminnassa on vuoden 2001 lopussa neljä ryhmää, joista kahdella on ryhmän yhdyshenkilö vaihtunut. Yhteensä ryhmiä toimii 10.

Alueellisen toiminnan tavoitteena oli luoda rakenteita ja toimintamalleja jotka mahdollistaisivat alueellisen pienryhmätoiminnan varsinaisen projektivaiheen jälkeen. Ryhmien vetäjät saivat hyvin vapaat kädet toiminnan käynnistämiseksi, eikä valmiita toimintamalleja tarjottu lukuun ottamatta melko pinnalliseksi jäänyttä perehdyttämistä ongelmalähtöiseen oppimismenetelmään. Systemaattista eri toimintamuotojen testausta ei ole tapahtunut.

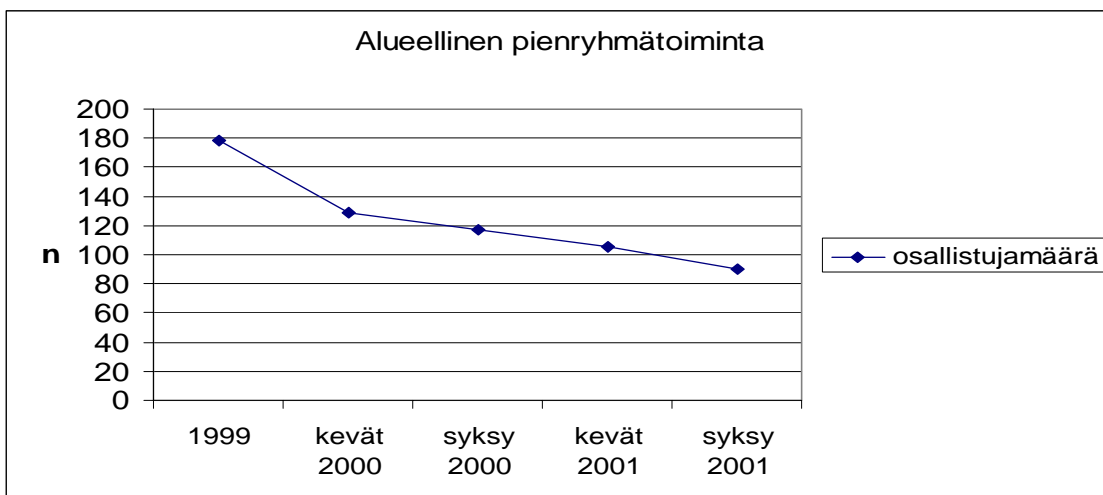
Yhtenä Rohto -ohjelman tavoitteena oli rakentaa pysyviä rakenteita, joiden varaan jatkossakin voitaisiin täydennyskoulutusta järjestää. Projektissa käytetty pienryhmätoiminta sisältää jatkuvan toiminnan elementtejä, mutta osallistujien sitoutuminen toimintaan on vielä puutteellista. Kolmen vuoden aikana on onnistuttu luomaan pieni aktiivisesti toimivien pienryhmien verkosto. Osallistujamäärän osalta alkuperäisiin tavoitteisiin ei ole päästy. Suurimpana esteenä osallistumiselle mainitaan vaikeus irtottautua työstä koulutuksen ajaksi. Monessa ryhmässä käytetyn ongelmalähtöisen oppimisen toimivuuden esteeksi on osoittautunut osallistujien haluttomuus itsenäiseen tiedonhankintaan ryhmätapaamisten välillä.

Pienryhmätoiminnan käynnistyessä ryhmien ohjaajat tunsivat itsensä jossain määrin epävarmoiksi, ja osa kaipasi selkeämpää ”ohjelmaa” tai tavoitteita toiminnalle. Koulutusmenetelmänä käytettiin alussa pääasiassa ongelmalähtöistä oppimismenetelmää, joskaan kaikki yhdyshenkilöt eivät kokeneet saaneensa projektin alussa siihen riittävästi valmiuksia. Kokemuksen karttuessa ja lisäkoulutuksen myötä yhdyshenkilöt ryhtyivät käyttämään laajemmin eri koulutusmenetelmiä.

Toiminnan alkaessa ryhmät koostuivat pääosin lääkäreistä. Projektin edetessä yhä useampi yhdyshenkilö ryhtyi vetämään moniammatillisia ryhmiä. Kokemukset moniammatillisesta työskentelystä ovat olleet hyvin positiivisia.

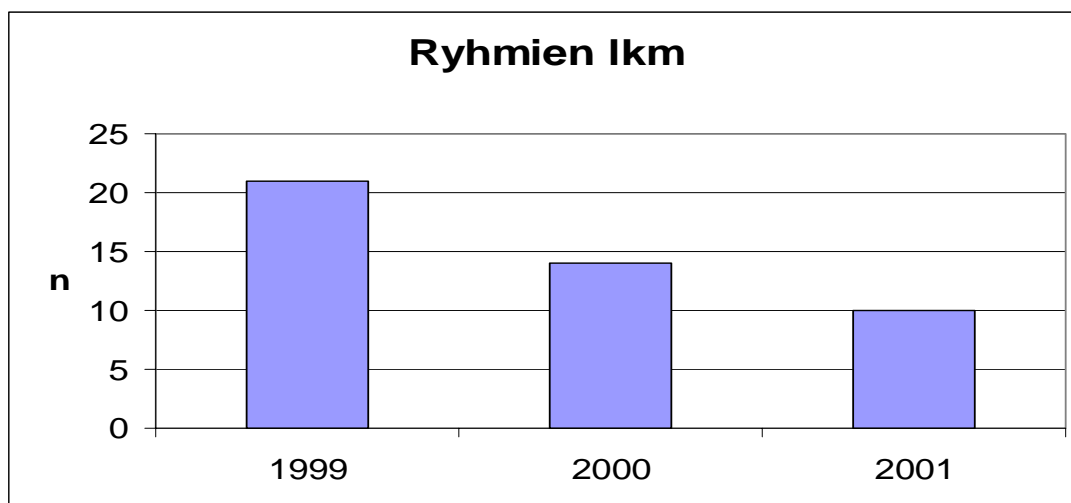
Alueellisen toiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa keskityttiin tarkastelemaan muutoksen sitoutumisen voimakkuutta. Tämä on herkempi mittari kuin osallistujien ilmoittamien toteutettujen muutosten arviointi, sillä muutokseen sitoutumisen voidaan ajatella kuvastavan muutosprosessin etenemistä yksilötasolla. Muutokseen sitoutumisen voimakkuutta arvioitiin osallistujien täyttämien oppimispäiväkirjojen pohjalta. Oppimispäiväkirjassa pyydettiin nimeämään toimintakäytännön muutos sekä siihen sitoutumisen aste. Kokonaisuutena voidaan todeta, että osallistujat kirjasivat vaihtelevassa määrin hyvinkin eri tyyppisiä muutospyrkimyksiä.

Projektin käynnistyessä tavoitteena oli rekrytoida 250 lääkäriä alueellisiin pienryhmiin. Alueellisen toiminnan osallistujamäärä on kuitenkin tasaisessa laskussa (kuva 22).



Kuva 22. Alueelliseen pienryhmätoimintaan osallistuneiden lääkärin määrät 1999 – 2001.

Myös aktiivisesti toimivien ryhmien lukumäärä on pienentynyt (kuva 23).



Kuva 23. Aktiivisesti toimivien ryhmien lukumäärät 1999 – 2000.

Projektin johdon mukaan pienryhmätoiminnan onnistumisen kannalta keskeistä on oikeiden henkilöiden löytäminen kouluttajiksi. Tämä on varmasti ollut tärkeä lähtökohta projektin käynnistysvaiheessa, mutta laajamittaisemman, valtakunnallisen toiminnan kannalta tätä lähestymistapaa lienee hyvin vaikeaa toteuttaa. Pienryhmätoiminnan laajentaminen edellyttäisikin valmiimpien koulutusmallien luomista ja käyttöönottoa. Toinen vaihtoehto olisi kouluttajavalmiuksien kehittäminen intensiivisemmällä otteella toiminnan alkuvaiheessa.

Kolmen vuoden aikana on kertynyt näkemystä ja kokemusta toimivista koulutusmalleista, mutta lähinnä yksittäisten yhdyshenkilöiden kautta. Pidempään työskennelleissä ryhmissä on ehditty kokeilla eri lähestymistapoja. Keskeiseksi tekijäksi on noussut osallistujille annettu vapaus valita itse koulutusteemat, mikä korostaa itseohjautun oppimisen merkitystä täydennyskoulutuksessa. Ongelmana on se, että kirjallisuuden pohjalta voidaan todeta, että lääkäri itse ei välttämättä kykene määrittämään omia oppimisen tarpeita ilman ulkopuolista tukea. Henkilö- tai terveyskeskuskohmainen tieto lääkkeenmääräämiskäytännöistä tukisi oppimistarpeiden määrittämistä.

Arviointiryhmä on useaan otteeseen kiinnittänyt huomiota siihen, että tämän tyyppinen kokeilu- ja kehittämistoiminta olisi perusteltua toteuttaa sairaanhoitopiirikohtaisesti. Tällöin voitaisiin tehokkaammin kytkeä myös sairaalalääkärit osaksi prosessia. Nykyisellään Rohto –projekti on jäänyt lähes yksinomaan perusterveydenhuollon lääkäreiden koulutushankkeeksi, jossa sairaalalääkärit ovat olleet mukana lähinnä asiantuntijaroolissa. Toiminnan käynnistyessä tavoitteena oli kytkeä sairaalalääkärit tehokkaammin mukaan projektiin, mutta tässä ei onnistuttu.

ROHTO –PAJAT 2000-2001

Vuosi 2000

Tavoitteet

- laajemman näkyvyyden ja mahdollisen vaikuttavuuden saavuttamiseksi järjestetään alueellisia lääkehoidon koulutuspäiviä. (Rohto –toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 2000)

Vuoden 2000 toimintaohjelman mukaan tavoitteena oli järjestää alueellinen lääkehoidon koulutuspäivä/työpaja vähintään kuudella paikkakunnalla yhteistyössä esimerkiksi sairaanhoitopiirin, terveyskeskusten tai paikallisten lääkärijärjestöjen kanssa. ROHTO organisoii tilaisuuksiin toiminnan osallistujalähtöisen muodon ja valtakunnallista asiantuntemusta. Kouluttajiksi oli tarkoitus rekrytoida myös paikallista asiantuntemusta (mielipidejohtajia).

Toteutus

Alueellisia lääkehoidon koulutuspäiviä järjestettiin vuonna 2000 seuraavasti:

Raisio	27.1.	toiminnallisen unettomuuden hoito
Salo	19.4.	TULES-lääkkeet
Oulu	30.8.	masennuslääkkeet
Vantaa	21.9.	TULES-lääkkeet
Tampere	11.10.	TULES-lääkkeet
Lappeenranta	16.11.	Diabeteslääkkeet
Hämeenlinna	28.11.	Rasvalääkitys

1.1.1.24 Raisio 27.1.2000: ”Faktaa ja fiktiota unettomuuden hoidosta”

Rohto ei ollut osallistujille kovin tuttu, joten projektin tunnetuksi tekemisen kannalta tämä vaikutti hyvältä toimintatavalta. Ryhmä oli suhteellisen suuri (n. 20 lääkäriä), mutta kuitenkin riittävän pieni, jotta kaikki pystyivät osallistumaan käytävään keskusteluun.

Tilastot lääkemääräyskäytännöistä alueittain toimivat hyvin keskustelun herättäjänä. Osallistujat miettivät alueittaisen vaihtelun syitä ja ehkä myös omia toimintakäytäntöjään. Varsinkin pohdittaessa reseptien uusimiskäytäntöjä menttiin melko pitkälle konkreettisten toimintakäytäntöjen tasolle ja kukin osallistuja pohti omaa toimintaansa.

Osallistujat toivat esiin kehittämisen tarpeita omassa toiminnassaan. Tähän voi olla yhtenä edesauttavana tekijänä se, että osallistujat olivat valmiiksi tuttuja keskenään.

Kokonaisuutena työpaja toimi hyvin. Tietoiskut ja ryhmäkeskustelut olivat tasapainossa. Ryhmäkeskustelujen aiheet olivat rajattu hyvin, mikä piti keskustelut hyvin vetäjien suunnitteleman kehyksen sisällä. Ryhmäkeskusteluille annettiin myös sopivasti aikaa. Työskentely oli tehokasta, koska aiheet olivat hyvin rajattuja ja niiden jälkeen aiheeseen liittyvät asiat koottiin yhteenvedoksi.

Osallistujien palautteen mukaan työpaja oli positiivinen kokemus. Hyvää palautetta annettiin keskusteluun ja osallistujien aktiivisuuteen perustuvasta työtavasta. Voidaan siis päätellä, että tämä työpaja on toiminut hyvänä mainoksena projektille.

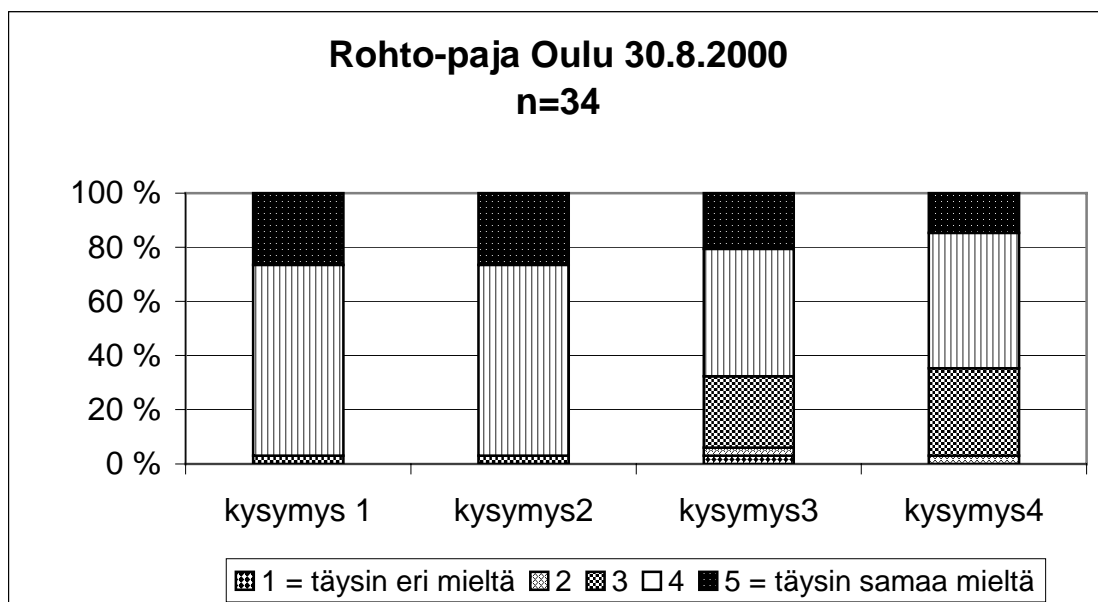
1.1.1.25 Salo 19.4.2000: ”TULES-potilaiden kipulääkehoito”

Tilaisuuden luonteen huomioiden olisi heti alussa ollut tarpeen kuvaus tilaisuuden tavoitteista ja työskentelytavoista. Havaintona Salon tilaisuudesta voidaan todeta, että vaikka pienryhmissä käytiin ajoittain vilkastakin keskustelua, ainakin osa ryhmistä olisi kaivannut selkeämpiä toimeksiantoja ja ns. fasilitaattoreiden tukea työskentelyssä. Koska alueelliset Rohto-päivät eivät ole osa laajempaa, suunnitelmallista koulutuskokonaisuutta, olisi tilaisuuden sisällön hyvin voinut rakentaa osallistujien itse ilmaisemien tavoitteiden pohjalle. Hyvin suunniteltu runko ja valmistellut tietoiskut voidaan mukauttaa vastaamaan osallistujien itse esille nostamiin ongelma-kohtiin, ja näin voidaan nivoa yhteen tilaisuuden suunnittelijoiden ja osallistujien usein ainakin osin ristiriitaisetkin näkemykset ja tavoitteet.

1.1.1.26 Oulu 30.8.2000: ”Kohti järkevämpää lääkehoitoa – fokuksessa masennuksen hoito”

Projektin johto keräsi Oulun pajasta osallistujapalautteen, jonka muodosta oltiin sovittu yhdessä arviointityöryhmän kanssa. Osallistujapalautteessa kysyttiin yleisellä tasolla osallistujien tyytyväisyyttä koulutuksen toteutukseen, ja valtaosa vastaajista oli palautteen valossa tyytyväisiä (kuva 24).

Koska itse koulutustilaisuudessa palaute-omakkeet oli täytetty puutteellisesti, arviointiryhmä suoritti vielä postikyselyn osallistujille (n=40). Postikysely laadittiin osallistujien palaute-omakkeissa ilmaisemien koulutukselle asetettujen tavoitteiden pohjalta. Vastausprosentiksi muodostui yhden postituksen tuloksena 75%, joten uusintakyselyä ei postitettu. Kyselyssä kartoitettiin huomattavasti palaute-omaketta spesifimmällä tasolla osallistujien näkemyksiä Rohto-pajan toteutuksesta. Myös postikyselyn pohjalta voidaan todeta, että osallistujat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä pajan toteutukseen. Spesifeillä kysymyksillä hajontaa syntyi vastauksissa kuitenkin huomattavasti enemmän ja samalla saatiin käyttökelpoista tietoa koulutustilaisuuden kehittämistä varten. Koska postikysely oli laadittu osallistujien itsensä ilmaisemien, kyseiseen Rohto –pajaan liittyvien odotusten pohjalta, voitiin tarkemmin määrittää, mihin koetuihin tarpeisiin paja vastasi. Esimerkiksi lääkeshoidon kustannuksista osallistujat kokivat oppineensa erittäin paljon, kun tietyt tärkeiksi koetut sisältöalueet (esim. masennuspotilaan hoitokäytäntöjen selkiytyminen) sai tässä suhteessa huomattavasti kriittisempää palautetta.



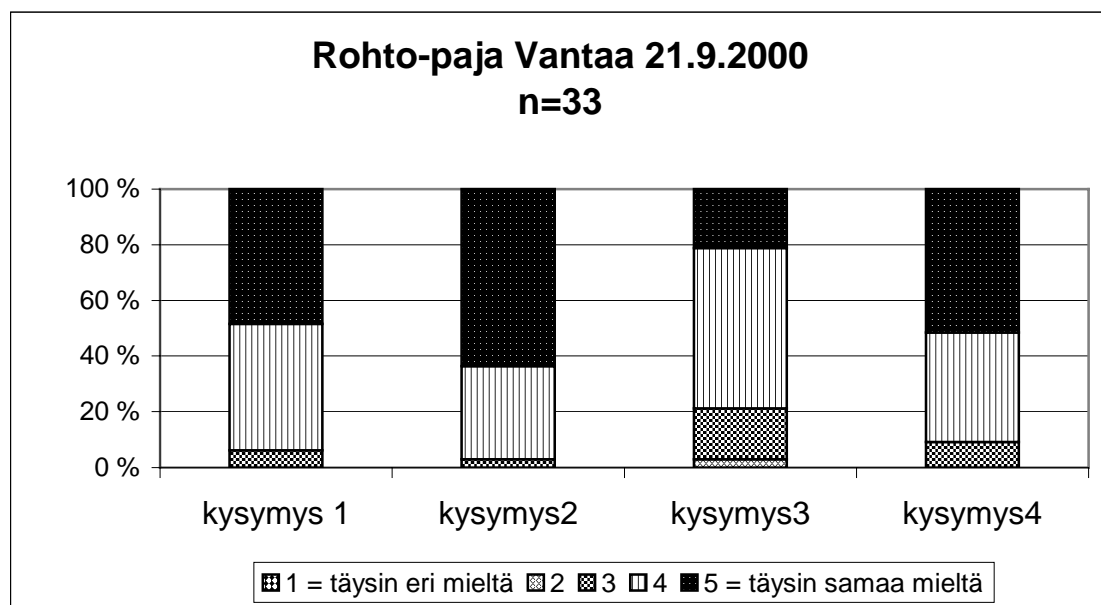
- Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin
 Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiirin käsittelyyn
 Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn
 Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

Kuva 24. Välitön palaute Oulun työpajasta

1.1.1.27 Vantaa 21.9.2000: ”Kohti järkevämpää lääkehoitoa – TULES-potilaiden kipulääkehoito”

Vantaan Rohto -pajassa 21.9. (teemana TULES -lääkkeet) oli 38 osallistujaa, joista 33 palautti kirjallisen osallistujapalautteen (yhteenvedo: kuva 25). Osallistujat olivat

pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä pajan toteutukseen ja antiin. Vantaan pajassa esiteltiin esimerkin omaisesti joitakin nimettömiä lääkemääräysprofiileja.

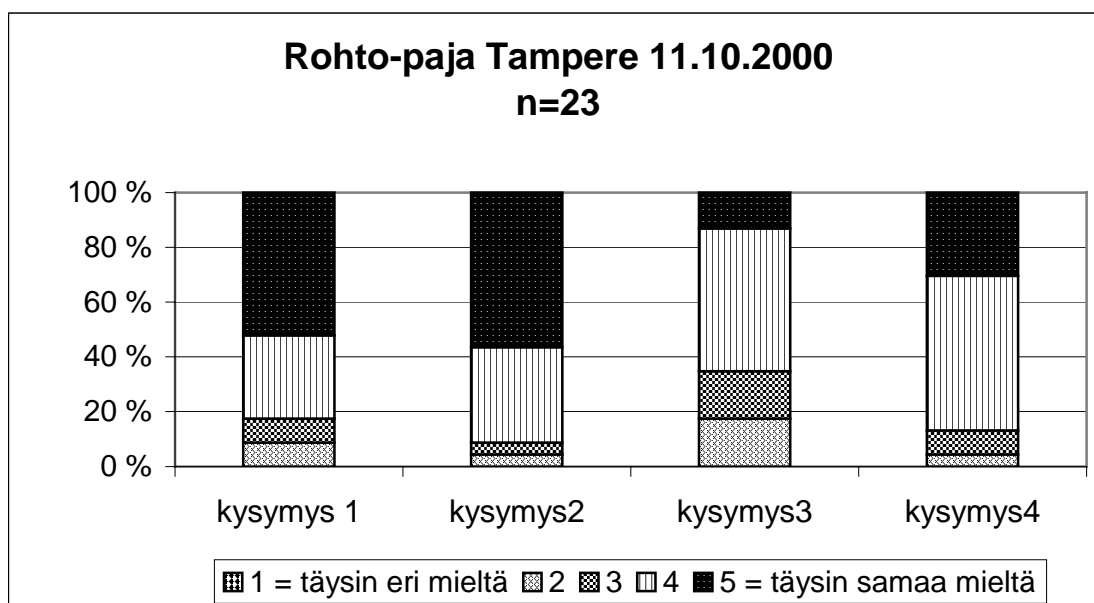


- Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin
 Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiirin käsittelyyn
 Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn
 Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

Kuva 25. Välitön palaute Vantaan työpajasta

1.1.1.28 Tampere 11.10.2000: ”Kohti järkevää lääkehoitoa – TULES-potilaiden kipulääkehoito”

Tampereen pajassa oli 22 osallistujaa ja teemana TULES –lääkkeet. Kirjallisen osallistujapalautteen perusteella osallistujat olivat tyytyväisiä pajaan. Arviointityöryhmä lähetti osallistujille jälkikäteen kyselyn, jossa tiedusteltiin tarkemmin osallistujien näkemyksiä pajan työskentelytavoista ja sen annista (n=19 / 86%). Tämänkin kyselyn perusteella osallistujat olivat Rohto-pajaan pääosin tyytyväisiä. Tiedusteltaessa tarkemmin osallistujien näkemyksiä siitä, kuinka paljon he eri osa-alueista oppivat, merkittävää oli se, että noin 50% vastaajista ilmoitti oppineensa erittäin paljon TULES –lääkkeiden mainonnan kriittisestä arvioinnista, kun vastaava prosenttiluku esimerkiksi tulehduskipulääkkeiden erojen osalta oli alle 10 %. Näin rajoitetussa ajassa tieteellisten tutkimusten arvioinnin perusteiden omaksuminen on ylivoimainen tavoite, ja suurimmat vaikutukset onkin todennäköisesti saavutettu asenteellisella tasolla.



Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin

Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiiriin käsittelyyn

Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn

Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

Kuva 26. Välitön palaute Tampereen työpajasta

1.1.1.29 Lappeenranta 16.11.2000: ”Kohti järkevämpää lääkehoitoa – fokuk- sessa verisuonisairaus nimeltä tyyppi2 diabetes”

Alueellisen Rohto –päivän tavoitteena oli, että ”osallistuja hallitsee järkevän lääkkeen käytön perusteet osana muuta hoidon kokonaisuutta ja soveltaa niitä omassa toiminnassaan ja yhteisten toimintamallien etsimisessä”.

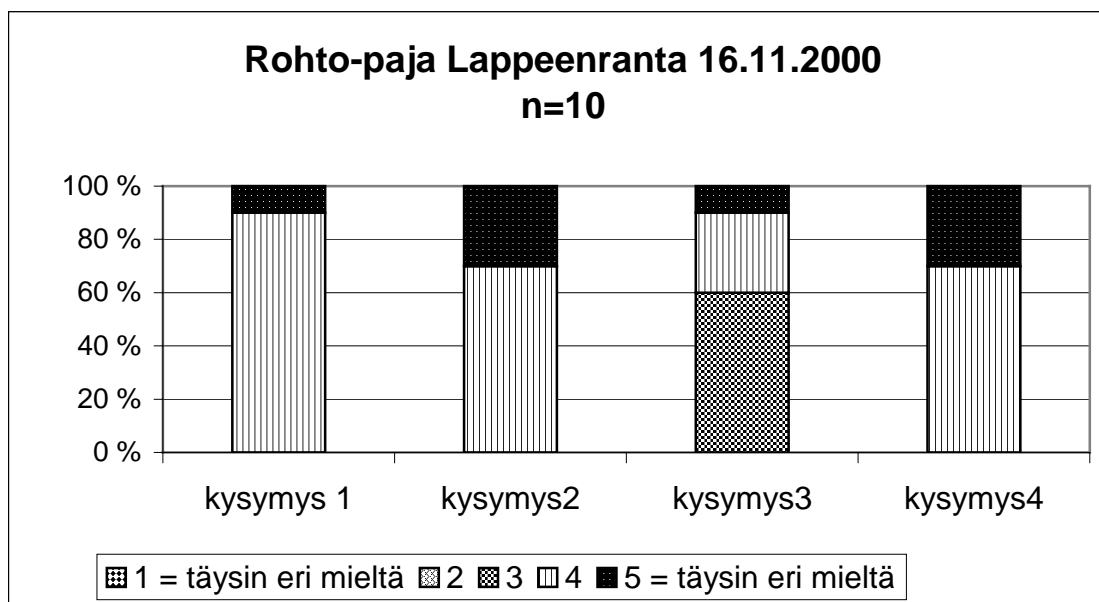
Tilaisuuden aluksi projektipäällikkö kertoi Rohto –projektista yleensä sekä tilaisuudessa käytettävästä työtavasta ja tavoitteista. Tämän jälkeen osallistujat esittäytyivät. Ennen varsinaisen aiheen käsittelyä projektipäällikkö pyysi osallistujia kirjaamaan arviointilomakkeen ensimmäiseen kohtaan koulutuspäivälle asettamansa henkilökohtaiset tavoitteet. Osallistujien odotuksista olisi saatu luotettavampi kuva, jos ne olisi kirjattu ennen kuin tuotiin julki projektin taholta asetetut tavoitteet.

Tilaisuuden aikana käytiin läpi hyvin paljon erilaista tilastotietoa esim. epidemiologiasta ja siitä, miten II tyypin diabetesta hoidetaan Lappeenrannassa. Erilaisia tilastoja käytiin läpi hyvin nopeasti eikä osallistujille jäänyt aina aikaa keskustella niistä.

Tilaisuuden aikana käytiin myös useita ryhmä- ja parikeskusteluja erilaisiin potilaspauksiin liittyen. Aivan tilaisuuden alussa käyty hyvin strukturoimaton ryhmäkeskustelu ei oikein ottanut käynnistyäkseen, mutta tilaisuuden edetessä keskustelu oli jo vilkkaampaa. Jotta työskentely olisi mahdollisimman tehokasta tulisi ryhmäkeskustelulle asettaa selkeä tavoitteet. Liian isot ryhmät helposti myös hidastavat hedelmällisen keskustelun syntymistä. Kestää aikansa ennen kuin joku ryhmästä ottaa puheenjohtajuuden itselleen ja alkaa ohjailla keskustelua.

Osallistujilta tilaisuuden lopuksi kerätyn palautteen mukaan tilaisuuden parhaana antina pidettiin potilaan hoitomotivaatioon vaikuttamisen tiimoilta käytyä keskustelua.

Lappeenrannan Rohto –pajassa oli 15 osallistujaa, joista 10 palautti kirjallisen osallistujapalautteen (kuva 27). Palaute oli edelleen pääsääntöisesti positiivista, mutta ei yhtä selkeästi kuin aiemmissa pajoissa. Jälkikäteen postitettiin osallistujille kysely, johon vastasi 7 osallistujaa (osoitetiedot käytettävissä 13 osallistujalta). Kyselyn vastauksissa mielenkiintoista oli se, että yli puolet vastaajista katsoi pajan vahvistaneen heidän aikaisempia käsityksiään ja toimintatapojaan, kun muilla paikkakunnilla tämä prosenttiosuus on ollut huomattavasti pienempi.

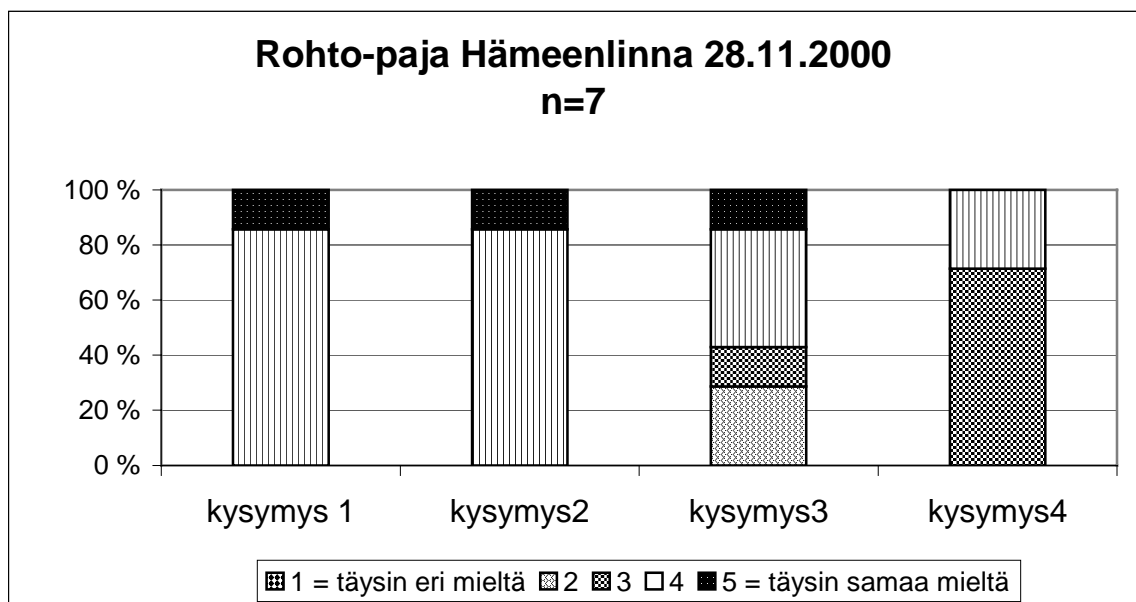


- Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin
 Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiiriin käsittelyyn
 Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn
 Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

Kuva 27. Välitön palaute Lappeenrannan työpajasta

1.1.1.30 Hämeenlinna 28.11.2000: ”Kohti järkevämpää lääkehoitoa – fokuksessa verisuonisairaus nimeltä tyyppi2 diabetes”

Hämeenlinnan pajassa 28.11. teemana oli rasvalääkitys ja osallistujia 8, joista valtaosa sairaalalääkäreitä. Kirjallinen osallistujapalaute saatiin seitsemältä osallistujalta (kuva 28). Palautteessa osallistujat arvioivat pajan olleen selkeästi vähemmän hyödyllinen työnsä kannalta kuin aikaisempien pajojen osallistujat olivat arvioineet.



- Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin
 Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiirin käsittelyyn
 Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn
 Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

Kuva 28. Välitön palaute Hämeenlinnan työpajasta

Johtopäätökset ja suositukset

Osallistujapalautteen perusteella osallistujat ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä Rohto –pajoihin. Osallistujien tyytyväisyyteen vaikutti todennäköisesti strukturoitu ja hyvin organisoitu, tehokas työskentelytapa. Tapausten käyttöä ja osallistujien oma

kohtaisten kokemusten hyödyntämistä pajoissa voisi entisestään lisätä. Alueellisia, täydennyskoulutuskentällä aktiivisesti toimivia lääkäreitä voisi valjastaa tehokkaammin pajojen suunnitteluun ja toteutukseen, jolloin tilaisuuksien fasilitointi vähitellen onnistuisi alueellisin voimin. Myös käsiteltävä teema todennäköisimmin vaikuttaa osallistujapalautteeseen ja oppimiseen. Selkeä, strukturoitu, tiivis koulutuspaketti sopii hyvin rajattujen, selkeiden kokonaisuuksien käsittelyyn (esim. TULES –lääkkeet). Tämä ilmenee osallistujien palautelomakkeissa ilmaisemien odotusten yhteneväisyytenä. Laajempien kokonaisuuksien (esim. masennuslääkkeet) osalta 2-3 tunnin tilaisuus on liian lyhyt, jolloin käsittely jää väkisinkin pinnallisemmaksi.

Havaintojen pohjalta arviointiryhmä laati seuraavat kehittämissuhteet:

- Varsinkin Raision työpajassa, jossa osallistujat olivat opettajalääkäreitä, olisi ehkä ollut hyvä järjestää yksi ryhmäkeskustelu itse koulutusprosessista. Näin olisi vielä tehokkaammin saatu osallistujat pohtimaan tämän tyyppistä koulutustapaa.
- Alueelliset lääkemääräystilastot toimivat hyvin keskustelun herättäjänä. Jos halutaan edistää muutosta toimintakäytännöissä, saattaisi olla hyvä tarjota henkilökohtaisempaa palautetta. Olisiko esim. mahdollista tarjota tarkasteltavaksi yksittäisten lääkäreiden nimettömiä lääkemääräystilastoja?
- Osallistujille pitäisi tarjota välineitä, joiden avulla he pystyisivät itsenäisesti jatkamaan työpajassa aloitettua prosessia. Raision työpajassa hyvänä esimerkkinä oli lääkkeiden hintatietojen etsiminen YKT:sta.

Syksyn 2000 aikana korostettiin toimintasuunnitelman tavoitteen sijasta, että Rohtopajoissa pyritään lisäämään osallistujien kriittistä ajattelua. Näyttää kuitenkin ilmeiseltä, että tavoite oli tarkoittanut lääkeainetietoa koskevaa kriittistä asennoitumista. Vaikka tällä on merkitystä ennen kaikkea suhteessa uusiin markkinoitaviin lääkkeisiin, se ei välttämättä johdattele lääkäreitä pohtimaan nykyisiä lääkkeenmääräyskäytäntöjään eikä niiden rationaalisuutta. Tämän saavuttamiseksi tarvitaan paneutumista omaan konkreettiseen toimintaan käyttäen palautetta, toiseen kolleegaan tehtävää vertailua tai vertaisarviointia. On myös otettava huomioon että kriittinen ajattelu on vahvasti kontekstisidonnaista, eikä voida olettaa, että yhden aihepiirin käsittelyssä mahdollisesti omaksuttu kriittinen ajattelu olisi yleistettävissä muihin aihealueisiin.

Alueellisten Rohtopäivien suunnittelua ja toteutusta olisi voitu myös hyödyntää paikallisten mielipidejohtajien sitouttamisessa tehokkaammin. Mikäli he ovat kiinteästi mukana tilaisuuden suunnittelussa ja toteutuksessa, jatkossa heidän olisi mahdollista näin saamansa kokemuksen pohjalta organisoida vastaavia tilaisuuksia valikoiduista lääkeaineryhmistä omalla toiminta-alueellaan Rohto –projektin tuottaman materiaalin pohjalta (hyödyntäen tarvittaessa alueellisia asiantuntijoita tilaisuuksien toteutuksessa).

Rohtopaja -toimintaa kannatti arviointiryhmän mielestä jatkaa vuonna 2001. Toiminta tehostuisi mikäli siinä voitaisiin käyttää yksilön tai organisaation omia lääkkeenmäärämisprofiileja kuvaavia tilastoja, joita käsiteltäisiin asiantuntijoiden avustuksella. Toiminta muistuttaisi silloin academic detailing –tyyppistä täydennyskoulutusta.

Kevät 2001

Tavoitteet:

- vuonna 2001 järjestetään kuusi alueellista Rohto –pajaa. Rohto organisoii tilaisuuksiin toiminnan osallistujalähtöisen muodon, sisällön ja valtakunnallista asiantuntemusta. Kouluttajiksi rekrytoidaan myös paikallisia asiantuntijoita. Tarkoitus on toimia yhteistyössä jo olemassa olevien organisaatioiden kanssa virka-ajan puitteissa. (Rohto –ohjelma. Toimintasuunnitelma vuodelle 2001)

Kevään 2001 aikana järjestettiin neljä Rohto –pajaa. Kemissä 16.1.2001 käsiteltiin TULES-potilaiden hoitoa ja Helsingissä 13.2.2001 aiheena oli aikuisiän diabetes. Jyväskylän (15.3.2001) pajassa pohdittiin yleisesti rationaalista lääkehoitoa. Kevään viimeinen paja järjestettiin Helsingissä yhdessä Lääkärilehden kanssa. Tällöin keskityttiin lääkäreiden, apteekkien ja sairaanhoidon yhteistyöhön diabeteksen hoidon kautta. Huhtikuuksi suunniteltu Rohto –paja jouduttiin siirtämään tuonemmaksi lääkärilakon takia.

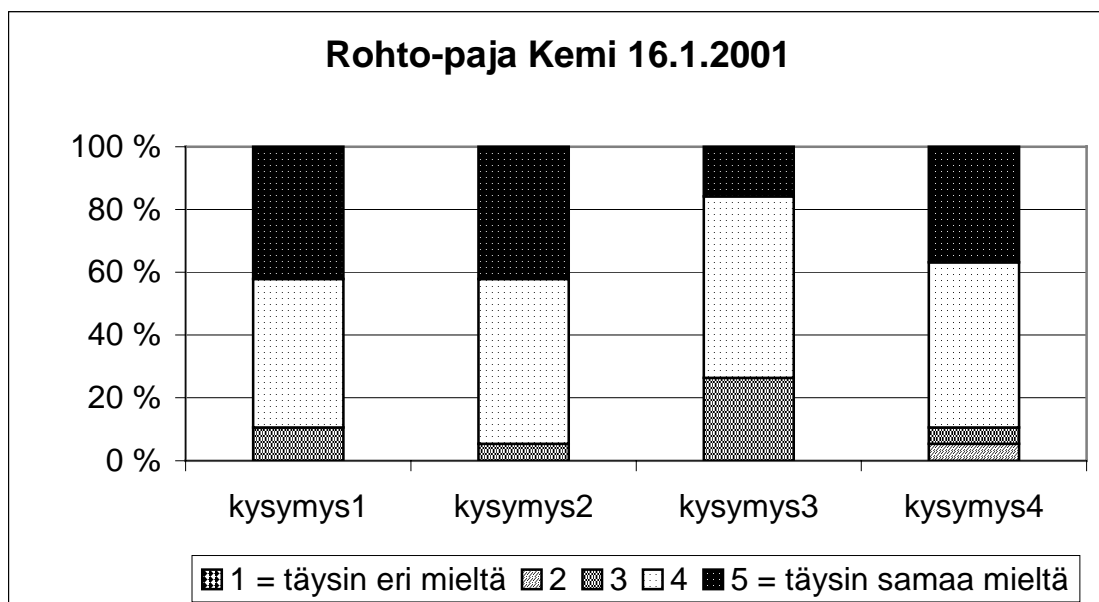
Rohto –pajoja tarkastellaan tilaisuuksissa kerätyn palautteen sekä arviointiryhmän jälkikäteen lähettämien kyselyjen avulla (tuloksia kohdassa 6.4.1). Lääkärilehden kanssa yhteistyössä järjestetystä pajasta kerättiin tietoa havainnoimalla tilaisuutta sekä haastatteleamalla pajan toteutuksesta vastanneita henkilöitä.

1.1.1.31 Kemi 16.1.2001 ”Kohti järkevämpää lääkehoitoa – TULES-potilaiden kipulääkehoito”

Kemin Rohto –pajan tavoitteena oli, että osallistujat hallitsevat järkevän lääkkeen käytön perusteet ja osaavat soveltaa niitä omassa toiminnassaan sekä yhteisten toimintamallien etsimisessä. Esimerkkinä tarkasteltiin TULES-vaivojen lääkehoitoa eri näkökulmista. Projektipäällikön mukaan tilaisuus hieman epäonnistui, mikä johtui mm. siitä, että tilaisuudessa mukana ollutta asiantuntijaa jouduttiin vaihtamaan viikon varoitusajalla.

Osallistujia oli 20, joista 18 täytti tilaisuuden aikana palautelomakkeen. Osallistujien pajalle asettamat odotukset voidaan jakaa kahteen ryhmään. Osa toivoi saavansa eväitä rationaalisempaan lääkehoitoon, ja toiset halusivat saada selville ylipäättään Rohto-pajan tarkoituksen. Tilaisuuden jälkeen suurin osa osallistujista ilmaisi pajan vastanneet odotuksia, vaikka poikkeuksena yksi osallistuja kirjasi ettei työpajan merkitys aivan täysin selvinnyt.

Pajan käytännön toteutukseen ja käytettyyn koulutustapaan oltiin yleisesti tyytyväisiä (kuva 29). Hyödyllisyys oman työn kannalta toi esiin joitain eriäviä mielipiteitä.



Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin

Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiiriin käsittelyyn

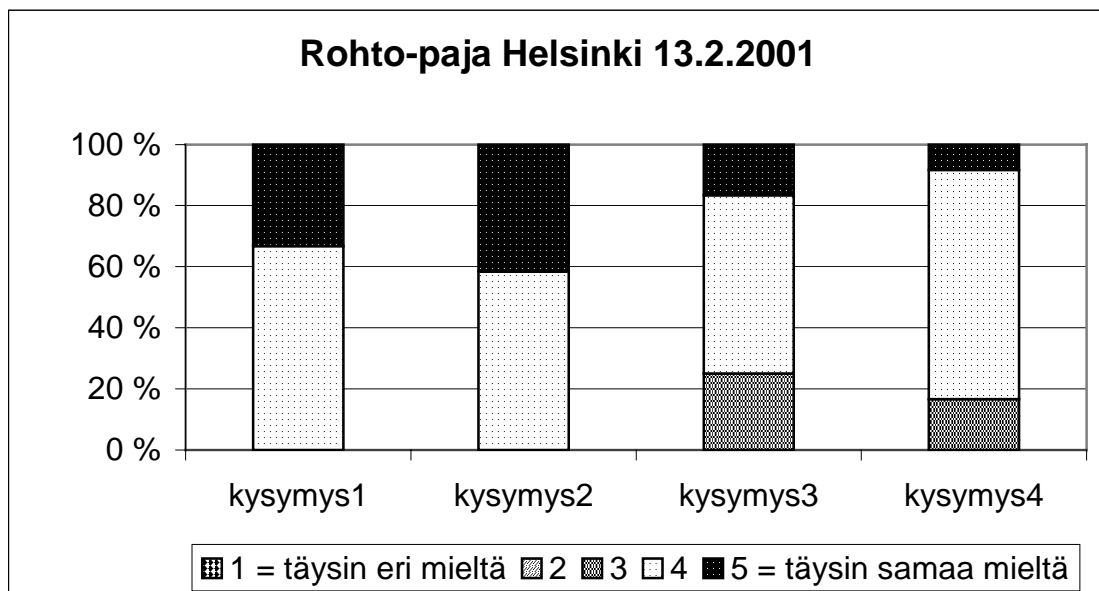
Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn

Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

Kuva 29. Välitön palaute Kemin työpajasta

1.1.1.32 Helsinki 13.2.2001 ”Kohti järkevämpää lääkehoitoa – fokuksessa veri- suonisairaus nimeltä II tyypin diabetes”

Helsingin Rohto-pajassa rationaalista lääkehoitoa käsiteltiin aikuistyyppin diabeteksen kautta. Pajan 13 osallistujasta 11 täytti palautelomakkeen, mutta lomakkeet täytettiin varsin puutteellisesti. Pajan käytännön toteutukseen ja koulutustapaan oltiin yleisesti tyytyväisiä, mutta hyödyllisyyteen oman työn kannalta suhtauduttiin enemmän varauksella (kuva 30).



Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin

Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiiriin käsittelyyn

Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn

Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

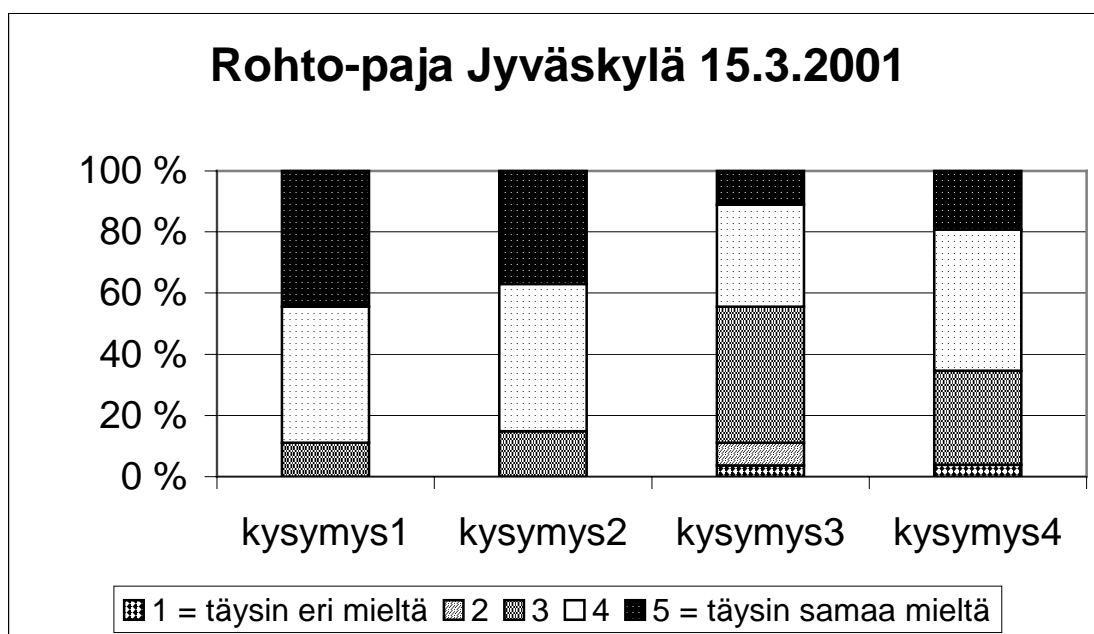
Kuva 30. Välitön palaute Helsingin työpajasta

1.1.1.33 Jyväskylä 15.3.2001 ”Faktaa ja fiktiota keskisuomalaisesta lääkehoitosta”

Jyväskylän Rohto-pajassa käsiteltiin rationaalista lääkehoitoa yleensä. Pajan 30 osallistujasta 27 täytti palautelomakkeen tilaisuuden aikana. Osallistujat odottivat vertailutietoa lääkkeiden käytöstä, ohjausta kohti järkevämpää lääkehoitoa sekä

ajankohtaista tietoa lääkkeiden käytöstä. Yhtä osallistujaa lukuun ottamatta kaikkien odotukset täyttyivät vähintäänkin kohtuullisesti.

Samoin kuin aikaisemmissakin Rohto-pajoissa, Jyväskylän osallistujat antoivat positiivisempaa palautetta käytännön toteutukselle kuin hyödyllisyydelle oman työn kannalta (kuva 31).



Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin

Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiiriin käsittelyyn

Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn

Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

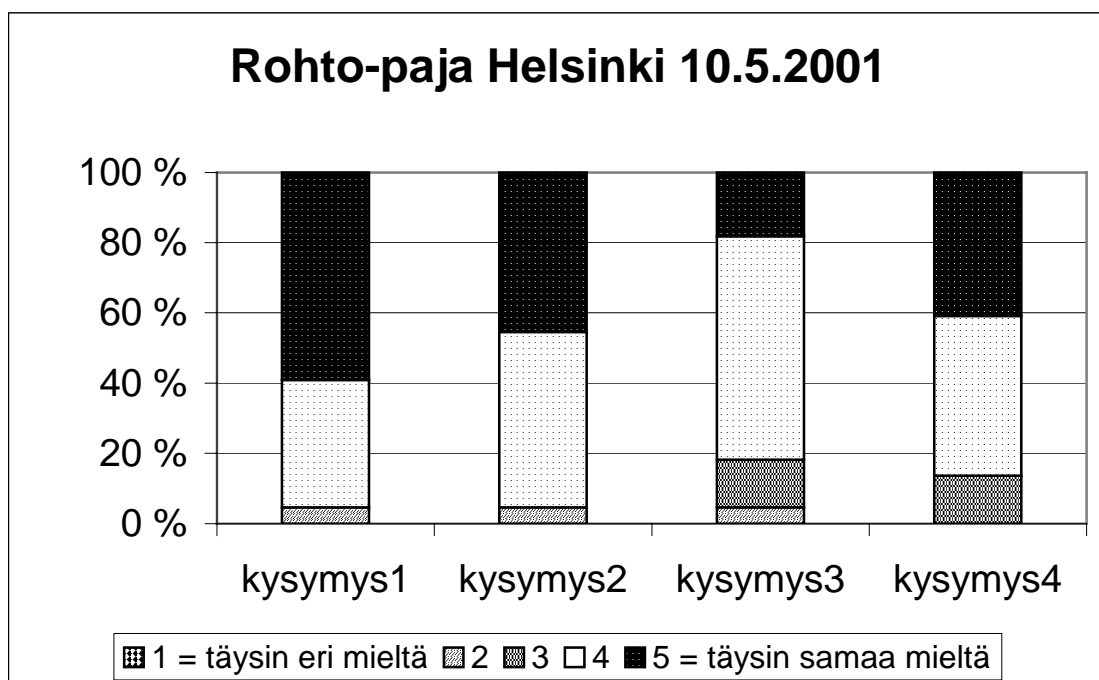
Kuva 31. Välitön palaute Jyväskylän työpajasta

1.1.1.34 Helsinki 10.5.2001 ”Hoitoon sitoutumisen salaisuus –työpaja”

Helsingissä toukokuussa järjestetyssä Rohto-pajassa lääkäreiden, hoitohenkilökunnan ja apteekkien edustajat pohtivat aikuistyyppin diabeteksen kautta hoitoon sitoutumista.

Pajan 28 osallistujasta 22 täytti palautelomakkeen tilaisuuden aikana. Osallistujat odottivat keskusteluja hoitoketjuista ja eri tahojen edustajien välisestä yhteistyöstä. Odotettiin myös ideoita potilaiden hoitoon sitoutumisen edistämiseen sekä toiminnan kriittiseen tarkasteluun ja sitä kautta sen muuttamiseen. Kaikkien osallistujien odotukset täyttyivät hyvin tai erittäin hyvin.

Hyödyllisyys oman työn kannalta onnistui osallistujien mielestä lähes yhtä hyvin kuin pajan käytännön toteutus ja koulutustavan soveltuvuus (kuva 32).



Kysymys 1: Pajan käytännön toteutus onnistui hyvin

Kysymys 2: Koulutustapa soveltui hyvin aihepiirin käsittelyyn

Kysymys 3: Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn

Kysymys 4: Paja oli työni kannalta hyödyllinen

Kuva 32. Välitön palaute Helsingin työpajasta

Helsingin Rohto -pajan jälkeen haastateltiin puhelimitse kolmea pajan toteutuksessa mukana ollutta henkilöä. Haastattelujen teemoina olivat työskentelyn tavoitteet, suunnittelu, käytetyt menetelmät, tehdyt johtopäätökset ja mahdolliset jatkotoimenpiteet.

Tilaisuuden tavoitteena oli etsiä yhteisiä linjoja siitä, miten moniammatillisesti voidaan vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen. Tilaisuutta kuvattiin enemmän asiantuntijatapaamiseksi kuin kohderyhmätilaisuudeksi. Paikalla olleiden asiantuntijoiden kautta pyrittiin vaikuttamaan, jotta he veisivät muuallakin asiaa eteenpäin yhdessä tehtyjen päätelmien mukaisesti.

Pajan suunnittelussa lähdettiin liikkeelle käytännönläheisyydestä ja osallistujien omien kokemusten huomioimisesta. Arkipäivän kokemusten analysoinnin kautta pyrittiin muutostarpeiden havaitsemiseen ja jatkotoimenpiteisiin.

Videolta katsotut tapausesimerkit saivat aikaan vilkasta keskustelua, jonka myötä päästiin myös analysoimaan omia toimintakäytäntöjä. Muutostarpeiden kartoituksen jälkeen kuunneltiin alustus, joka käsitteli muutosta ja siihen motivointia käyttäytymistutkimuksen näkökulmasta. Lopuksi harjoiteltiin roolipelien avulla hoitoon motivoimista. Haastateltujen mukaan nämä osa-alueet sujuivat erittäin hyvin.

Osallistujien ajatukset käsitellyn aiheen suhteen olivat varsin yhdensuuntaisia, ja keskusteluista puuttuikin tietty jännite. Joitakin konkreettisia ideoita toiminnan kehittämiseksi saatiin ja kuultiin myös jo käynnissä olevista kehittämistoimenpiteistä.

Käytetystä koulutusmallista oltiin myös kiinnostuneita ja keskustelua käytiin mallin hyödyntämisestä sairaanhoitopiirien diabetesryhmien toiminnassa. Tilaisuudesta tehtiin artikkelit kolmeen eri lehteen, ja näiden artikkelien uskotaan poikivan lisää yhteistyötä. Yleisesti ottaen Helsingissä Lääkärilehden kanssa yhteistyössä järjestettyä tilaisuutta pidettiin yhtenä parhaiten onnistuneista Rohto-pajoista.

Johtopäätökset ja suositukset

Arviointiryhmä toteaa, että Rohto –pajat nousivat kevään 2001 tärkeimmäksi toimintamuodoksi, ja että projektin johto panosti pajojen suunnitteluun ja toteutukseen enemmän kuin muihin toimintamuotoihin. Lääkärilakosta huolimatta kevään aikana järjestettiin kaksi kolmasosaa koko vuodelle suunnitelluista tapahtumista. Tilaisuudet olivat osallistujapalautteen perusteella onnistuneita. Järjestettyjen pajojen väliset erot mahdollistavat lisäksi eräitä tärkeitä johtopäätöksiä, kuten luvussa 6.4.1 kuvataan.

Helsingissä 10.05.2001 pidettyä tilaisuutta pidettiin kevään parhaimpana. Sen tavoitteena oli pohtia ja kokeilla potilaan hoitomyöntyvyyteen vaikuttamista moniammatillisin keinoin. Tilaisuus oli käytännönläheinen ja osallistujien omia arkipäivän kokemuksia hyödyntävä. Ohjelma oli monipuolinen sisältäen tapausesimerkkejä, roolipelejä ja asiantuntijoiden esittämiä tietoiskuja. Omista kokemuksista lähtevä tilaisuus, joka hyödyntää monipuolisesti eri toiminta- ja oppimismuotoja takaa mitä ilmeisemmin parhaan tuloksen.

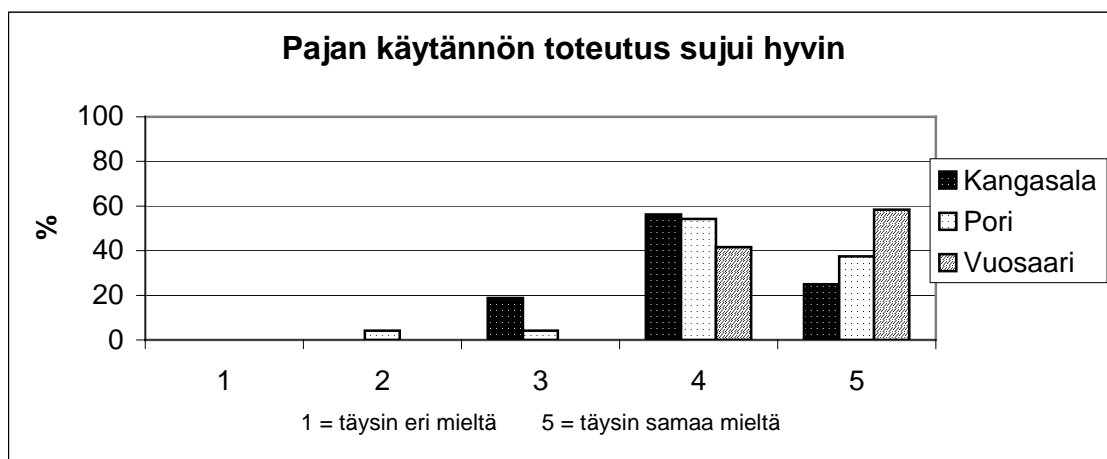
Syksy 2001

Vuoden 2001 toiminnan arvioinnissa otettiin huomioon syksyn kolme ensimmäistä Rohto –pajaa. Kangasalan (22 osallistujaa) ja Porin (29 osallistujaa) pajoissa

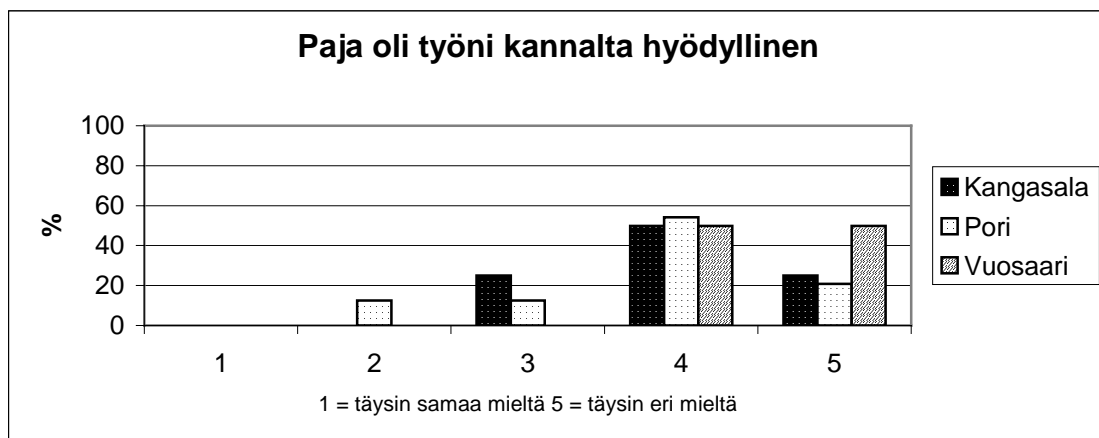
käsiteltiin TULES-potilaiden kipulääkehoitoa, ja Vuosaaressa (14 osallistujaa) aiheena oli järkevämpi lääkehoito avohoidon infektioissa.

Kangasala	16.8.2001	TULES –potilaiden kipulääkkeet
Pori	6.9.2001	TULES –potilaiden kipulääkkeet
Vuosaari	14.9.2001	Avohoidon infektioiden lääkehoito

Projektipäällikön tilaisuudessa keräämässä palautteessa Porin ja Kangasalan pajojen toteutus (kuva 33) ja hyödyllisyys (kuva 34) arvioitiin samalla tavalla, kun taas Vuosaaren pajalle annettiin jonkin verran korkeampia arvoja. Käsitellyn aiheen lisäksi pajat erosivat myös siten, että Vuosaaren pajassa osallistujille jaettiin henkilökohtaiset palautteet lääkkeenmääräämisestä kun taas Porin ja Kangasalan pajoissa aihetta lähestyttiin hieman yleisemmin esimerkitapausten kautta (ennakkosuunnitelmien mukaan).

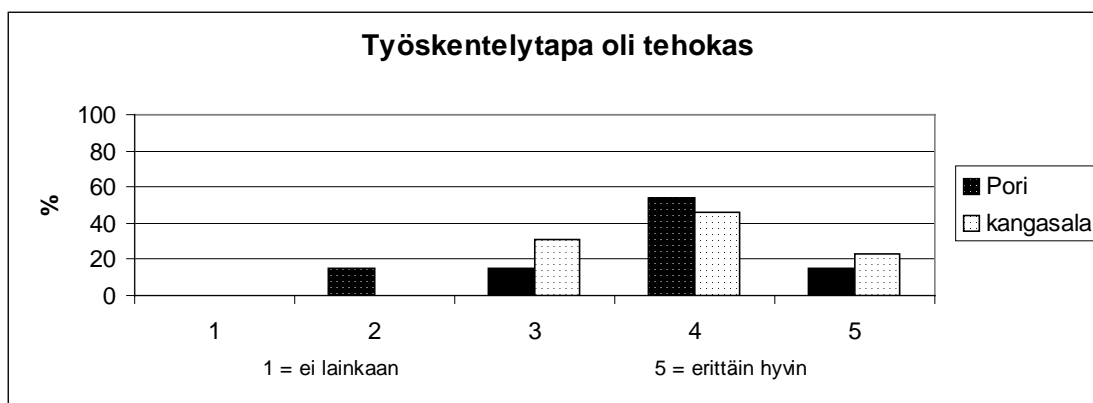


Kuva 33. Rohto –pajojen käytännön toteutus välittömän palautteen mukaan

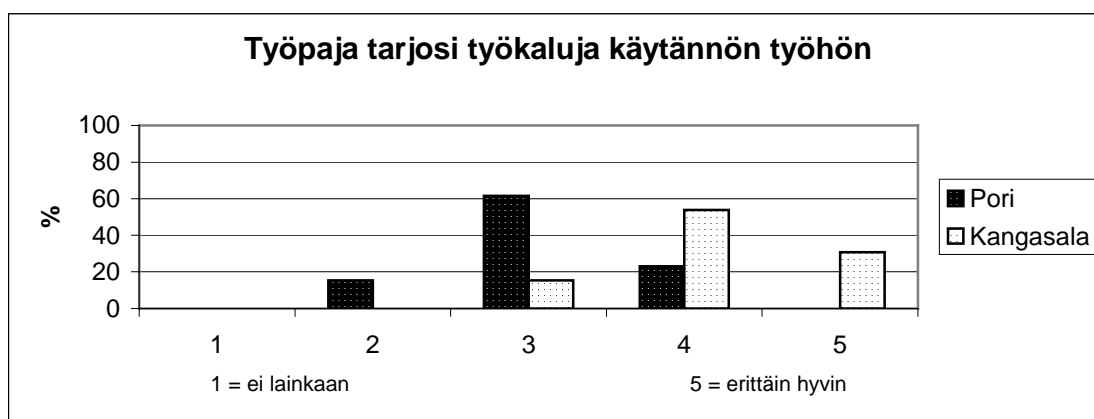


Kuva 34. Rohto –pajojen hyödyllisyys osallistujien työn kannalta välittömän palautteen mukaan

Arviointiryhmän lähettämien jälkikäteiskyselyjen (vastausprosentit: 59%, 45% ja 79%) analyysi tuotti erilaisen tuloksen. Kuukauden kuluttua toteutuksesta Kangasalan paja sai osallistujilta huomattavasti positiivisemmän arvion kuin Porissa järjestetty Rohto –paja, vaikka aihe ja työskentelytapa olivat samat. Työskentelytapaa pidettiin edelleen yhtä tehokkaana (kuva 35), mutta työpajan käytännön työhön tarjoamien työkalujen suhteen erot olivat selkeämpiä (kuva 36). Vuosaaren arviot pysyivät ennallaan.



Kuva 35. Rohto –pajojen työskentelytavan tehokkuus jälkikäteiskyselyjen mukaan



Kuva 36. Rohto –pajojen tarjoamat työkalut käytännön työhön jälkikäteiskyselyjen mukaan.

Pajojen yhteydessä kerätyssä palautteessa osallistujia pyydettiin pohtimaan Rohto –pajan myötä toteutettavia muutoksia toimintakäytännöissä. Kangasalan ja Porin palautteet olivat tässäkin suhteessa yhteneviä. Noin kolmanneksessa vastauksista mainittiin parasetamolin käytön lisääminen ja loput osallistujista ilmoittivat hankivansa lisää tietoa ennen kuin muuttavat toimintaansa. Myös avoimien kysymysten osalta osallistujien ajatukset erosivat selvästi arviointiryhmän noin kuukauden kuluttua keräämässä palautteessa. Kangasalan pajaan osallistuneista lähes kaikki mainitsivat muuttaneensa toimintaa tai saaneensa vahvistusta vanhoille käytännöille. Yleisimmin mainitaan parasetamolin käytön lisäys. Porin työpajaan osallistuneista suurin osa ilmoittaa, että toiminnassa ei juurikaan ole tapahtunut muutosta.

Muutamien jälkikäteiskyselyissä esiintyneiden kommenttien mukaan Kangasalan ja Porin työpajojen toteutuksen voidaan olettaa eronneen joiltain osin. Kangasalan osallistujat muistivat asiantuntijan pitämän hyvän luennon, kun puolestaan Porin osallistujat kritisoivat yhden lääkkeen “tyrkyttämistä”.

Projektipäällikön kanssa käydyssä sähköpostikeskustelun perusteella kävi ilmi, että molemmissa pajoissa käytettiin samoja tapauksia ja osallistujat olivat kokeneita lääkäreitä. Jostain syystä käytetyt tapaukset eivät kuitenkaan toimineet Porin työpajassa. Osaltaan tähän saattoi projektipäällikön mukaan vaikuttaa tilaisuuksien ilmapiiri. Kangasalan pajassa tila oli pieni ja intiimi, ja keskustelu oli avointa. Porin pajan ilmapiiriä projektipäällikkö kuvasi hieman viileämmäksi, osittain suuremman

osallistujamäärän ja tilan suuren koon takia. Kävi myös ilmi, että parasetamoli ei ollut yhtä paljon esillä Kangasalan työpajassa.

Yhteenveto

Rohto -pajoja on järjestetty 2000-2001 eri puolilla Suomea vaihtelevilla teemoilla ja kokoonpanoilla. Ideana on ollut pienryhmätyöskentelyn yhdistäminen asiantuntijoiden pitämiin tietoisuuksiin sekä projektin edetessä lisääntyvässä määrin myös paikallisen lääkekulutusprofiilin käyttö oppimisen ja muutoksen stimuloijana.

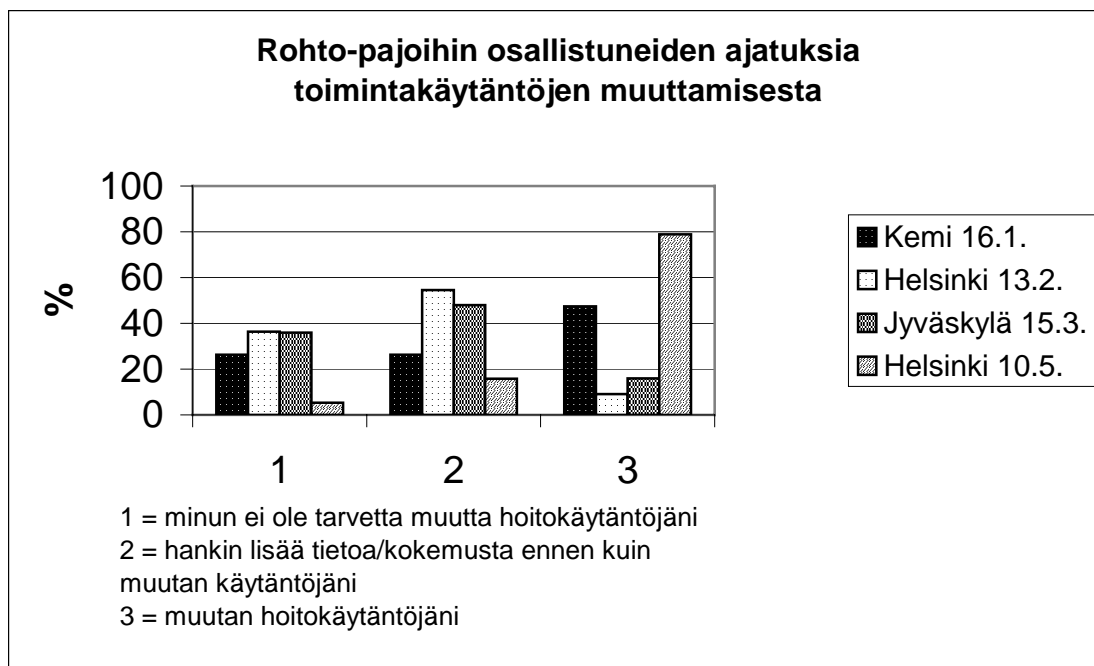
Alueelliset Rohtopajat järjestettiin yhteistyössä ensisijaisesti kohdepaikkakunnan terveyskeskuksen kanssa. Niissä keskityttiin yhteen lääke- tai sairausryhmään. Lääkemääräyskäytäntöjä problematisoitiin esittämällä asiantuntijavoimin lääkemääräysten aluevaihtelua. Osallistujia rohkaistiin pienryhmissä pohtimaan omia lääkkeenmääräämiskäytäntöjään sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Erityisesti lääke-mainonnan tapaa käyttää ja esittää tutkimustietoja tarkasteltiin kriittisesti. Myös tässä käytettiin alan asiantuntijaa.

Rohtopajat saivat osallistujilta myönteistä palautetta, ja ne lisäsivät heidän tietojaan Rohto -projektista. Tilaisuudet toteutettiin yhteistyössä paikallisten lääkäreiden kanssa, joten projektin verkosto siten tiivistyi. Välittömästi pajan jälkeen annettu osallistujapalaute on ollut pääosin positiivista. Kysyttäessä noin 1-2 kuukauden kuluessa osallistujien näkemyksiä spesifimpiä kysymyksiä käyttäen palautteessa on ollut selkeästi enemmän hajontaa.

Ajatellen paikallisesti toteutettavaa lääkkeenmääräämiskäytäntöjen kriittistä tarkastelua jäi paikallisten mielipidejohtajien säännöllinen mukaan kytkeminen liian vähäiseksi.

Muutosvalmiuteen vaikuttavat tekijät

Rohto -pajoissa täytetyissä palautelomakkeissa kysyttiin, onko osallistujilla tarvetta muuttaa toimintakäytäntöjään. Esimerkkinä tarkastellaan kevään 2001 Rohto -pajoja. Tämän perusteella Helsingissä Lääkärilehden kanssa yhteistyössä toteutettu paja antoi selvästi eniten aihetta toimintakäytäntöjen muuttamiseen (kuva 37).



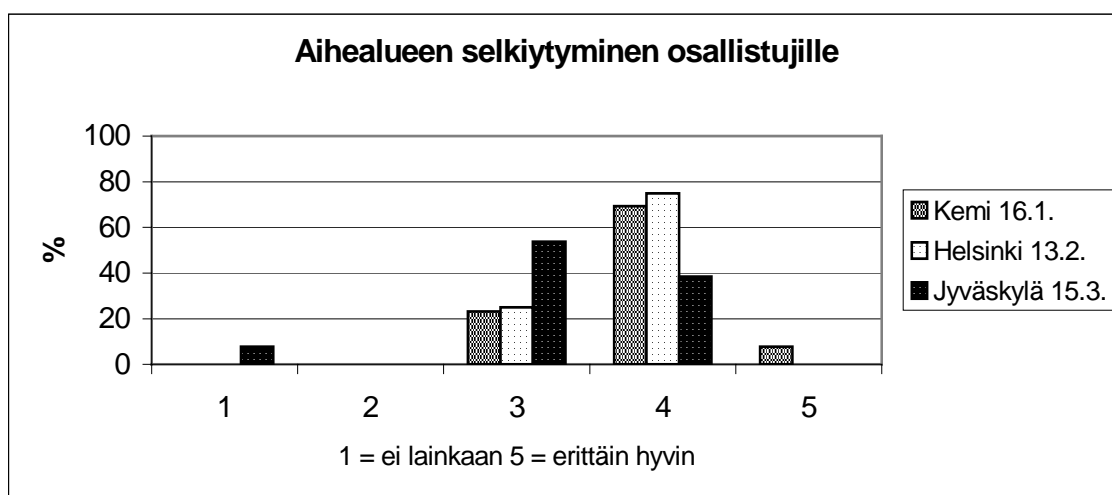
Kuva 37. Rohto –pajoihin osallistuneiden ajatuksia toimintakäytäntöjen muuttumisesta välittömän palautteen mukaan.

Pajojen palautelomakkeessa on neljä kysymystä, joiden kaikkien vastaukset korreloivat merkittävästi keskenään. Tämä mittaa mitä ilmeisimmin ns. 'tyytyväisyysindeksiä'. Muutosvalmiutta arvioiva kysymys korreloi kahden kysymyksen kanssa: pajan käytännön toteutuksen onnistuminen ja koettu hyöty työn kannalta. Sen sijaan korrelaatiota ei ole aktiivisen osallistumisen ja muutosvalmiuden kesken.

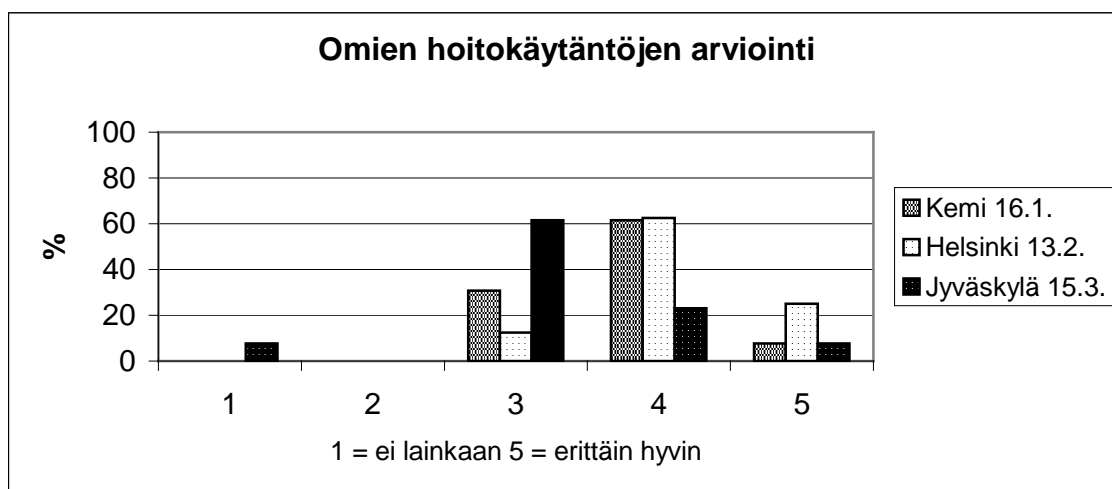
Rohto-pajoihin (Kemi 16.1.2001, Helsinki 13.2.2001 ja Jyväskylä 15.3.2001) osallistuneille jälkikäteen lähetetyissä kyselyissä kysyttiin yksityiskohtaisemmin pajan eri

osa-alueiden toteutumisesta. Kyselyjen vastausprosentit olivat: Kemi 55%(11), Helsinki 61%(8) ja Jyväskylä 56%(14).

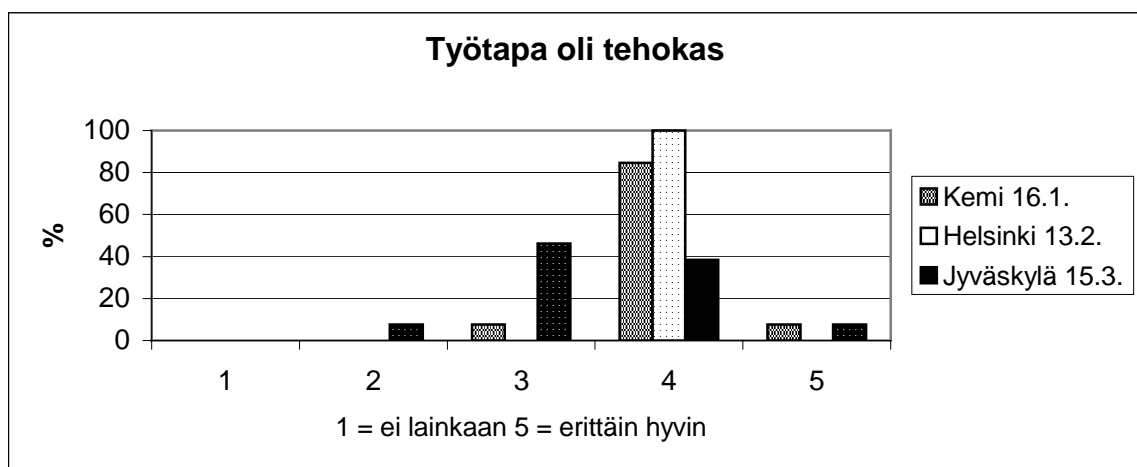
Käsitellyn aiheen selkiytyminen (kuva 38), omien hoitokäytäntöjen arviointi (kuva 39), työtavan tehokkuus (kuva 40) ja työpajan tarjoamat työkalut käytännön työhön (kuva 41) arvioitiin toteutuneen selvästi heikommin Jyväskylän Rohto -pajassa, jossa aiheena oli rationaalinen lääkehoito yleensä eikä toimintaa fokusoitu mihinkään spesifimpään aiheeseen.



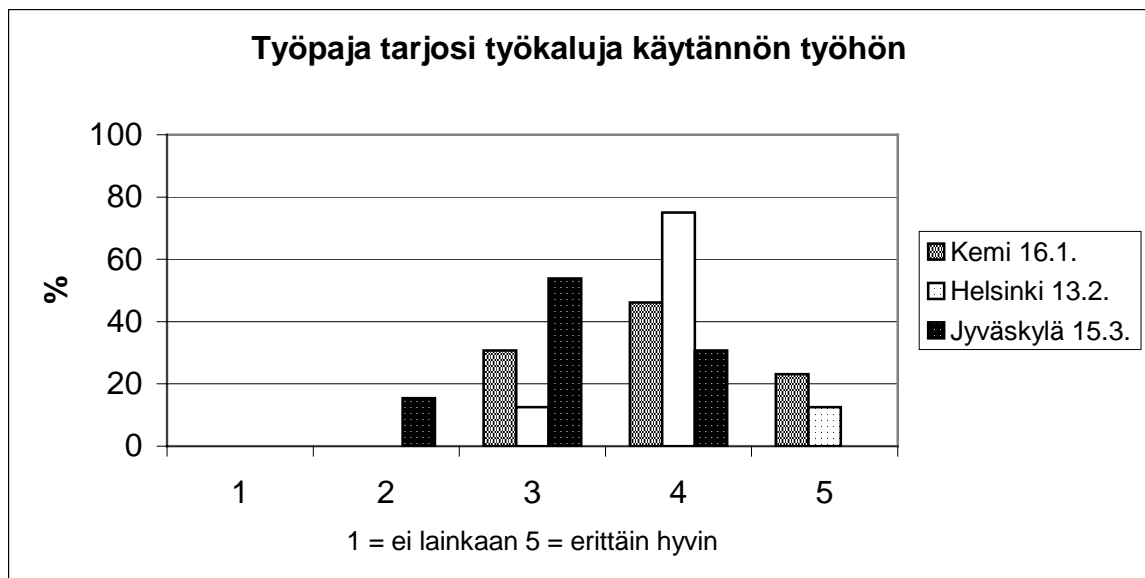
Kuva 38. Aihealueen selkiytyminen Rohto –pajojen osallistujille jälkikäteiskyselyjen mukaan.



Kuva 39. Omien hoitokäytäntöjen arviointi Rohto –pajoissa jälkikäteiskyselyn mukaan.



Kuva 40. Rohto –pajojen työtavan tehokkuus jälkikäteiskyselyn mukaan.



Kuva 41. Rohto –pajojen käytännön työhön tarjoamat työkalut jälkikäteiskyselyjen mukaan.

Palaute- ja kyselyaineiston analyysi osoitti, että osallistujien ilmaistu muutosvalmius on yhteydessä kokemukseen pajan käytännön toteutuksen onnistumisesta ja koettuun hyötyyn oman työn kannalta. Käsitellyn aiheen selkiytyminen, omien hoitokäytäntöjen arviointi, työtavan tehokkuus ja työpajan tarjoamat työkalut käytännön työhön toteutuivat tavoitteina paremmin niissä tilaisuuksissa, joiden aiheena oli spesifinen lääkehoitoa koskeva kysymys verrattuna siihen tilaisuuteen, jonka aiheena oli rationaalinen lääkehoito yleensä.

VALTAKUNNALLISET TOIMET

Rohto -kysely 2000

Projektipäällikkö suunnitteli yhteistyössä Kelan edustajan kanssa (Timo Klaukka) lääkäreille suunnattava kyselyn, joka oli jatkoa syksyllä 1998 toteutetulle kyselylle. Valmistelijoiden esityksestä seurantaryhmä päätti että kysely lähetettiin joka toiselle perusterveydenhuollon lääkärille. Vuoden 1998 kyselyn perusjoukko oli koko lääkärikunta. Kyselylomake oli uusittu. Sen tavoitteena oli selvittää, mitä lääkkeitä koskevaa tietoa ja miten usein lääkärit tarvitsevat, miten kustannustietoisesti ja järkevästi vastaajat arvioivat toimivansa ja miten hyvin (projektin) päätavoite on tunnettu.

Arviointiryhmä kommentoi suunnitelmaa 7.6.2000 ja saattoi perehtyä kyselylomakkeeseen elokuussa 2000. Kohderyhmän muuttaminen teki kyselyn varovaisenkin käytön lääkkeenmääräämiskäytäntöjen muuttumisen arvioinnissa mahdottomaksi. Arviointiryhmä ehdotti erityiskysymysten esittämistä niille vastaajille jotka toimivat Rohto-projektin ”vaikutusalueilla”. Tämä ei kuitenkaan toteutunut, joten arviointityöryhmä lähetti erillisen täydennyskoulutuskyselyn Rohto –projektin alueellisen toiminnan piirissä olleille lääkäreille (ks. luku 5.6).

Rohto –kyselyn vastausprosentiksi muodostui uusintakyselyn jälkeen 59%. Kyselystä osa raportoitiin Lääkärilehdessä 47/2000 ja toinen artikkeli julkaistiin saman lehden vuoden 2001 ensimmäisessä numerossa. Lisäksi tarkoituksena oli hyödyntää kyselyn tuloksia laajapohjaisen lääkeinformaatiokeskuksen suunnittelussa.

Kyselyn tulosten tulkinta on vaikeaa monesta syystä. Lääkärilehdessä 47/2000 raportoidussa artikkelissa oli esimerkiksi kuvattu, kuinka usein lääkäri työssään tarvitsee eri tyyppistä lääkeinformaatiota. Artikkelissa oli yhdistetty kohdat ’päivittäin’ ja ’viikottain’, joista ensimmäinen on kuitenkin frekvenssiltään viisinkertainen toiseen vaihtoehtoon verrattuna. Tämä tekee vaikeaksi arvioida, kuinka usein tietoa todellisuudessa tarvitaan. Lisäksi lääkäreiden hintatietoisuutta ei voida arvioida yhden potilastapauksen perusteella – tarvitaan useita tapauksia luomaan luotettava kuva siitä, kuinka lääkärit todellisuudessa huomioivat kustannustekijät päätöksiä tehdessään.

Toisessa kyselyä raportoineessa artikkelissa (Lääkärilehti 1/2001) keskityttiin lähinnä kipulääkkeiden käytön kuvaamiseen ja pohdintaan.

Tiedotus

Vuoden 1998 tavoitteet:

- ohjelmalle luodaan oma tunnus ja graafinen ilme
- sidosryhmäkartoitus on tehty
- lääkkeitä määräävät lääkärit tuntevat ohjelman, sen keskeiset periaatteet (tavoitteet) ja hyväksyvät ne (Rohto – Väliraportti 1.6.1998 – 30.6.2000).

Tavoitteen mukaisesti vuonna 1998 toimintaohjelmalle valittiin nimi ja suunniteltiin tunnus. Alueellisen ja valtakunnallisen tiedotuksen tueksi suunniteltiin myös juliste, tarroja sekä esitteitä. (Rohto – Väliraportti 1.6.1998 – 30.6.2000)

Marraskuussa 1998 järjestettiin sidosryhmäseminaari, johon osallistui n. 40 alan ammattilaista. Seminaari huomioitiin valtakunnan päälehdessä sekä Suomen tietotoimiston välittämänä ainakin 13 maakunnallisessa sanomalehdessä. Projektin oli myös esillä sekä MTV:n Aamu-TV:ssä että pääkaupunkiseudun paikallisradioissa. (Rohto – Väliraportti 1.6.1998 – 30.6.2000)

Vuoden 1998 aikana julkaistiin Suomen Lääkärilehdessä kaksi projektia koskevaa artikkelia, joista ensimmäisessä hanketta esiteltiin ensimmäisen kerran julkisuudessa, ja toisessa esiteltiin Rohto –kyselyn tuloksia (Helin-Salmivaara ja Sairanen 2001).

Projektipäällikkö esitteli hanketta mm. Terveystieteiden tutkimuksen seminaarissa sekä Kelan asiantuntijalääkäreiden täydennyskoulutusseminaarissa. Projektin johtoryhmään kuulunut Pääjohtaja Jussi Huttunen piti esityksen Rohto –projektista Farmasian päivillä. (Rohto – Väliraportti 1.6.1998 – 30.6.2000)

Rohto –projektin kotisivu internetissä (www.rohto.org) avattiin loppuvuodesta 1998.

Vuoden 1999 tavoitteet:

- ohjelman tarvitsevat tiedotuskanavat saadaan käyttöön ja niiden avulla tiedotetaan säännöllisesti lääkehoidon ongelmista sekä ohjelman edistymisestä
- ohjelma ja sen tavoitteet tulevat tunnetuiksi erityisesti lääkkeitä määrääville lääkäreille, toimintaan osallistuvalla muulla terveydenhuoltohenkilöstöllä sekä keskeisille potilasryhmille (Rohto –Toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 1999).

Syksyn 1999 sidosryhmäseminaariin osallistui n. 45 alan ammattilaista. Projektin sai tilaisuuden tiimoilta julkisuutta Helsingin sanomien uutispalstalle sijoitetun artikkelin lisäksi kolmen sähköisen viestimen kautta. (Rohto – Väliraportti 1.6.1998 – 30.6.2000)

Projektipäällikkö piti Lääketeollisuus ry:n kuukausikokouksessa ajankohtaisen katsauksen, ja erillinen hankkeen etenemistä kuvaava tiedote laadittiin toukokuussa 1999.

Rohto –projektin projektipäällikkö valittiin vuonna 1999 Suomen Lääkärilehden Lääkeinfo –palstan toimituskuntaan. Yhteistyö oli vuoden aikana tiivistä ja Suomen lääkäri-lehdessä julkaistiin kuusi Rohto –projektin päämääriä tukevaa artikkelia. Yhteistyössä lehden kanssa järjestettiin myös Lääkeinformaatioseminaari, jossa käsiteltiin yleislääkärien tietotarvetta lääkkeistä.

Vuoden 1999 loppuun mennessä projektin kotisivuilla oli vierailtu 4081 kertaa.

Vuoden 2000 tavoitteet:

- ohjelman edistymisestä tiedotetaan ja lääkehoidon ongelmia käsitellään säännöllisesti ammattilehdissä

- yleisölle suunnattua tiedotusta lisätään soveltuvin osin (Rohto –Toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 2000).

Tiedottamisen painopistealueiksi asetettiin vuoden 2000 toimintasuunnitelmassa rationaalisen lääkehoidon konseptin markkinointi lääkäreille ja muulle terveydenhuoltohenkilöstölle sekä soveltuvin osin potilasryhmille ja suurelle yleisölle.

Tiedotustoiminnan yhtenä tarkoituksena mainittiin tiedotusvälineiden saaminen mukaan keskusteluun rationaalisesta lääkkeiden käytöstä tarjottavan taustatiedon pohjalta. Alueellisen toiminnan raportoinnin tarkoituksena oli vahvistaa osallistumismotivaatiota.

Suunnitelmaan kuului Rohto –projektin kotisivun säännöllinen päivittäminen.

Vuoden 2000 toimintasuunnitelmassa mainittiin myös, että kaksi kertaa vuodessa julkaistaan sidosryhmätiedote ja järjestetään marraskuussa sidosryhmille tilaisuus, jossa teemana on riippumaton lääkeinformaatio.

Lääkärilehdessä ilmestyi vuonna 2000 seitsemän lääkehoitoa käsittelevää artikkelia. Lisäksi julkaistiin farmakologian perusopetusta kuvaavat artikkelit kolmesta lääketieteellisestä tiedekunnasta. Rohto –projekti oli mukana myös toimittamassa katsausta eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoitojen kustannusvaikuttavuudesta (Duodecim 2000;116:1419-26).

Lääkehoitoihin liittyviä aiheita käsiteltiin laajalti myös tiedotusvälineissä. Rohto –projekti oli mitä ilmeisimmin ollut vahvasti vaikuttamassa taustatiedon tuottamiseen ja aiheen käsittelyyn.

Vuoden 2001 tavoitteet:

- ohjelman toiminnasta tiedotetaan ja lääkehoidon ongelmia käsitellään säännöllisesti lääkärin sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten ammattilehdistössä
- tiedotetaan yleisölle soveltuvilta osin (Rohto –ohjelma. Toimintasuunnitelma vuodelle 2001).

Vuoden 2001 keväällä kutsuttiin koolle 30 terveydenhuoltoalan ammattilaista eri puolilta maata Lääkärilehden kanssa yhteistyössä järjestettyyn tilaisuuteen. Lääkärilehdessä julkaistun artikkelin kanssa samaan aikaan tilaisuuden pohjalta julkaistiin myös artikkelit sekä Sairaanhoidajalehdessä (5/2001) että Apteekkarilehdessä (7/2001). (Helin-Salmivaara ja Sairanen 2001)

Vuoden 2001 syksyllä sidosryhmille järjestettiin päätösseminaari, jossa tiedotettiin hankkeen keskeisistä saavutuksista.

Projektivaiheen viimeisen vuoden (2001) aikana Rohto –projekti myötävaikutti kuuden Lääkärilehdessä julkaistun artikkelin syntyyn.

Lääkäripäivät ja muut koulutustapahtumat

Vuoden 1999 tavoitteet:

- valtakunnallisilla ja alueellisilla lääkäripäivillä pyritään esittelemään projektia sekä vaikuttamaan siihen, että päivien ohjelmaan sisältyy rationaalista lääkehoitoa tukevia kursseja
- lääkehoidon teemoja pyritään saamaan esille erikoislääkäriyhdistysten koulutustilaisuuksiin (Rohto –Toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 1999).

Projekti oli vuoden 1999 aikana esillä Helsingin, Tampereen ja Turun lääkäripäivillä. Helsingissä ohjelmaa esiteltiin Duodecim –seuran osastolla sekä Lääkelaitoksen ja Kelan organisoimassa Lääkehoidon ajankohtaisia kysymyksiä –sessiossa. Tampereen lääkäripäivillä oli Duodecim –seuran osastolla esillä posterit Rohto –kyselyn tuloksista. Turun lääkäripäivillä oli projektin toimesta esillä ”Valitse tietoisesti” –posterit. (Rohto – Väliraportti 1.6.1998 – 30.6.2000)

Projektipäällikkö esitelmöi Itä-Suomen Lääketiedetapahtuman Ajankohtaista lääkehoidosta –sessiossa aiheesta ”Lääkkeet lääkärin työkalupakissa”, ja Turussa järjestetyssä järkevämpää lääkehoitoa käsittelevässä seminaarissa projektin edustajat toivat esityksissään hyvin esille Rohto –hanketta ja sen päämääriä. Paula Vainiomäki esitteli projektia WONCA-EURACT –kongressissa Mallorcalla sekä EURACTin kokouksessa Zagrebissa. Lisäksi projektipäällikkö piti rationaaliseen lääkkeiden käyttöön ja ROHTO –hankkeeseen liittyviä esityksiä

- Kainuun keskussairaalan alueellisessa lääkehuollon koulutuspäivässä
- Lääketieteen toimittajat ry:n seminaarissa
- apteekkarien PD-koulutusohjelmassa Helsingissä
- Farmasian päivillä
- Yleislääketieteen päivillä ja
- Kelan asiantuntijalääkäreiden koulutuspäivillä Helsingissä.

(Rohto – Väliraportti 1.6.1998 – 30.6.2000)

Vuoden 2000 tavoite:

- lääkehoidon ongelmia käsitellään säännöllisesti eri koulutusfoorumeilla ja samalla tiedotetaan ohjelman edistymisestä. (Rohto –ohjelma. Toimintasuunnitelma vuodelle 2000).

Suunnitelman mukaan valtakunnallisilla ja alueellisilla lääkäripäivillä esitellään projektia sekä pyritään vaikuttamaan siihen, että päivien ohjelmaan sisältyy rationaalista lääkehoitoa tukevia kursseja. Varsinaisen lääketieteellisen koulutuksen lisäksi lääkäripäivillä aihetta käsitellään myös näyttelyosastoilla ja postereissa. ROHTO on tarvittaessa mukana muissakin sen päämääriä tukevissa koulutustilaisuuksissa (esim. farmasian päivät marraskuussa). Valtakunnallista yhteistyötä jatketaan Apteekkariliiton, Yliopiston apteekin, Farmasialiiton ja Lääkehuollon täydennyskoulutuskeskuksen.

Lääkehoidon teemoja pyritään saamaan esille myös erikoislääkäriyhdistysten koulutustilaisuuksiin, erityisesti siksi että erikoislääkärit ovat merkittäviä mielipidevaikuttajia ja vaikuttavat toiminta-alueidensa hoitokäytäntöihin ja peruslääkevalikoimiin.

Projektipäällikkö esiintyi Oulussa Pohjolan Lääkäripäivillä. Helsingin Lääkäripäivillä oli oma Rohto-paja ja projektipäällikön esitys Lääkehoidon ajankohtaisia kysymyksiä -sessiossa. Lääkehuollon täydennyskoulutuskeskus ja Rohto järjestivät yhteisen työpajan helmikuussa, jossa pohdittiin apteekkien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä. Yleislääketieteen alaosaaston koulutuspäivässä projektipäälliköllä oli esitys Rohdosta ja eräs yhdyshenkilö kertoi käytännön toimista. Tampereen lääkäripäiville suunniteltu ohjelma peruutettiin ennakoilmoittautuneiden vähäisen määrän vuoksi.

Farmasiapäivillä projektipäällikkö oli pyydetty mukaan paneeliin keskustelemaan apteekkien ja muiden tahojen välisestä yhteistyöstä. Sessiossa oli arviolta 150 kuulijaa ja vilkas osanotto.

Projekti ei tehnyt täydennyskoulutustapahtumiin liittyvää yhteistyötä erikoislääkäriyhdistysten kanssa.

Vuoden 2001 tavoite:

- lääkehoidon ongelmia käsitellään eri koulutusfoorumeilla ja samalla tiedotetaan ohjelman toiminnasta (Rohto –ohjelma. Toimintasuunnitelma vuodelle 2001).

Vuoden 2001 lääkäripäivillä järjestettiin tiedon kriittiseen arviointiin ja tietolähteiden valintaan valmentava kurssi. Lisäksi päivillä esiteltiin Duodecimin osastolla tulehduskipulääkkeiden määräämistä kuvaava poster. Tulehduskipulääkkeiden määräämiskäytäntöä kuvaava poster esiteltiin myös Tampereella kesäkuussa pidetyssä yleislääkärikongressissa (WONCA). (Helin-Salmivaara ja Sairanen 2001)

Projektipäällikkö oli mukana paneelikeskusteluissa sekä vanhusten lääkehoidosta Societas Gerontologica –yhdistyksen koulutuspäivillä että Lääketietokeskuksen järjestämässä Lääkemarkkinointi vuonna 2001 –seminaarissa. Lisäksi Projektipäällikkö kuului NLN:n (Nordiska Läkemedelsnämnden) Tukholmassa järjestämän, informaatioteknologian hyödyntämistä lääkkeen määräämisessä käsitelleen, koulutustilaisuuden suunnittelutoimikuntaan.

Sairaaloiden peruslääkevalikoimat

Vuosien 1999 ja 2000 tavoite:

- sairaaloiden sisäisiä sekä sairaalan ja avohoidon yhteistyön malleja kehitetään siten, että ne tukevat rationaalista lääkehoitoa. (Rohto –toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 2000; Rohto –väliraportti 25.8.2000).

Kuopion yliopiston sosiaalifarmasian laitokselta valmistui kesällä 2000 opin näytetyönä selvitys siitä, mitä yhteyksiä on sairaaloiden peruslääkevalikoimien ja avohoidon lääkekäytön välillä. Selvityksen mukaan ”lääkeryhmien, lääkeaineiden sekä lääkkeiden kaupananimien kulutuksessa esiintyi alueellisia eroja, joita ei voida selittää ainoastaan eroilla väestön sairastavuudessa” (Lahti 2000). Yhteys ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, ja tarvitaan muun tyyppisiä tutkimuksellisia lähestymistapoja selvittämään, miten käytännössä sairaaloiden peruslääkevalikoimat (ja käyttölääkevalikoimat) heijastuvat avoterveydenhuollon lääkkeenmääräämiskäytäntöihin.

Johtoryhmän toimeksiannon perusteella seurantaryhmä kutsui työryhmän pohtimaan keinoja vaikuttaa sairaanhoitopiirin lääkeneuvottelukuntiin, jotta niiden päätöksissä huomioitaisiin kokonaistaloudellinen rationaalisuus (Rohto –väliraportti 25.8.2000).

Työryhmä ehdotti seuraavia toimenpiteitä:

- tarvitaan lääkkeiden käyttöä koskevaa informaatio-ohjausta
- sairaalassa käytetyn lääkityksen heijastusvaikutuksia avohoidon lääkityksiin tulisi tutkia esim. potilasasiakirjatasolle menevällä tutkimuksella
- tarvitaan sairaaloiden lääkehuoltoa käsittelevä hoitosuositus
- sairaalakohtaisten lääkeneuvottelukuntien sijasta alueelliset lääkeneuvottelukunnat saattaisivat kyetä tehokkaampaan toimintaan
- ns. hankintarenkaiden tekemät tarjouspyynnöt kannattaisi yhtenäistää virheiden ja puutteiden vähentämiseksi.

Arviointityöryhmän tekemässä yhdyshenkilöiden haastattelututkimuksessa nousi melko voimakkaasti esiin erikoislääkäreiden aloittaman lääkityksen vaikutus perusterveydenhuollon lääkärin toimintaan. Täysin selvittämättä olivat mm. kysymykset siitä, kuinka erikoislääkäreiden uloskirjoituksen yhteydessä, poliklinikoilla ja yksityisvastaanotoilla aloittamat lääkitykset vaikuttavat lääkkeenmääräämiskäytäntöihin myös perusterveydenhuollon tasolla.

Käypä hoito –yhteistyö

Vuoden 1999 tavoite:

- näyttöön perustuvien kansallisten hoitosuosistusten lääkehoitoa koskevien osioiden laadintaan osallistutaan Duodecimin Käypä hoito –projektin yhteydessä
- selvitetään mahdollisuudet liittää suosituksiin terapeuttisesti samanarvoisten hoitojen taloudellista tarkastelua (Rohto –Toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 1999).

Terapeuttisesti samanarvoisten hoitojen taloudellisia seurauksia tarkasteltiin koemielessä Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu –suosituksen eri hoitovaihtoehtojen suhteen. Vuoden lopulla valmistuneessa raportissa todettiin, että leikkaushoito on tässä tapauksessa eri vaihtoehtoista kustannusvaikuttavin.

Vuoden 2000 tavoite:

- vaikutetaan siihen, että Käypä hoito –suositukseen tulisi kuulumaan myös terveystaloustieteellinen tarkastelu
- sairaaloiden sisäisiä sekä sairaala- ja avohoidon yhteistyön malleja kehitetään siten, että ne tukevat rationaalista lääkehoitoa (Rohto –Toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 2000).

Rohto pyrkii tukemaan ja katalysoimaan näyttöön perustuvien hoitosuosistusten käyttämistä alueellisten hoito-ohjelmien perustana. Yhden tai kahden sairaanhoitopiirin kanssa toimitaan yhteistyössä hoito-ohjelmaa luotaessa. Käypä hoito tuottaa suosituksen, Rohto tarjoaa menetelmällistä tukea, ja varsinainen työ tehdään sairaanhoitopiireissä.

Rohto –projekti osallistui Etelä-Savon sairaanhoitopiirin keuhkohtaumataudin alueellisen hoitoketjun (Käypä hoito -suosituksen implementaatio) laatimiseen ”katalysaattorin” roolissa.

Käypä hoito –suosituksia hyödynnettiin alueellisissa pienryhmissä koulutusmateriaalina. Rohto –projektin rajalliset resurssit huomioiden oli kyseenalaista, kuinka tarkoituksenmukaista on paneutuminen Käypä hoito –suositusten implementaatioon laajemmassa mittakaavassa.

Rohto –projektin projektilääkäri osallistui keuhkohtaumataudin (COPD) hoitosuosituksen mukaisen toiminnan kustannus-vaikuttavuuden arviointiin. Kustannus-vaikuttavuutta selvittänyt työryhmä totesi lausunnossaan 29.08.2000, että tällä hetkellä ei ole edellytyksiä tehdä kyseistä analyysia puutteellisen tutkimusaineiston vuoksi.

Farmakologian opetus –osahanke

Vuoden 1999 tavoite

- yliopistojen farmakologian ja kliinisen farmakologian sekä perusterveydenhuollon koulutuksesta vastaavien opettajien kesken järjestetään valtakunnallinen yhteistapaaminen, jonka tarkoituksena on suunnitella keinoja farmakologisen tiedon aikaisempaa runsaammaksi integroimiseksi perusterveydenhuollon opintojaksoihin sekä rationaalisen lääkkeiden käytön edistämiseksi jo perusopetusvaiheessa. (Rohto –toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 1999)

Vuonna 1999 perustetun alatyöryhmän tehtävänä oli suunnitella keinoja kliinisen farmakologian integroimiseksi aikaisempaa paremmin perusterveydenhuollon opintojaksoihin sekä rationaalisen lääkkeiden käytön edistämiseksi jo perusopetusvaiheessa. Tähän kuului mm. opettajalääkäreiden kouluttaminen sekä selvitysten hankkiminen tiedekunnista siitä, miten rationaalisen lääkehoidon koulutus on toteutettu.

Vuoden 2000 tavoite

- Syksyn 2000 toimintasuunnitelmassa tavoitetta konkretisoitiin siten, että syksyllä julkaistaan Suomen lääkirilehdessä kolme selvitystä erilaisista toimintamalleista. (Rohto –toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 2000)

Vuoden 2000 syksyllä julkaistiin Lääkirilehdessä selvitykset Tampereen, Kuopion ja Oulun lääketieteellisissä tiedekunnissa annettavasta lääketieteen peruskoulutuksesta farmakologian opetuksen osalta.

Arviointityöryhmä esitti kevään 2000 raportissa seuraavia toimenpide-ehdotuksia farmakologian perusopetuksen kehittämiseksi:

Järjestetään eri yliopistojen kliinisille opettajille työpajoja, joissa osallistujalähtöisesti pohditaan farmakologian integroimista muuhun kliiniseen opetukseen. Työpajoissa voitaisiin identifioida kliiniseen farmakologiaan liittyviä ongelmakohtia (esimerkiksi Rohto –kyselyssä erityisesti interaktioiden hallinta koettiin vaikeaksi) ja pohtia perusopetuksen kehittämismahdollisuuksia tästä näkökulmasta. Keskeistä on rationaalisen lääkehoidon periaatteiden ja niitä tukevien koulutusmenetelmien pohdinta, ei niinkään spesifi tieto eri lääkevalmisteista. Yksi keskeisiä rationaalisen lääkehoidon osateki

jöitä on se, että lääkäri päivittää aktiivisesti tietojaan lääkehoidon alalla. Tätä voidaan tukea sisällyttämällä kriittinen tiedonhankinta osaksi perusopintoja, kuten esimerkiksi Tampereella on tehty. Lääkehoito sopisi erittäin luontevasti keskeiseksi sisällöksi tiedonhankinnan menetelmien opiskeluun. Peruslääkevalikoiman laatimista voisi harjoitella jo perusopintojen kliinisessä vaiheessa.

Useissa tiedekunnissa on siirrytty yhä voimakkaammin opiskelijoiden itsenäistä opiskelua tukeviin opetusmenetelmiin. Uudentyyppisissä koulutusmuodoissa perinteisten oppikirjojen rinnalle tarvitaan nopeasti päivittyvää, klinisiä erikoisaloja ja perustieteitä integroivaa oppimateriaalia. Rohto –projekti voisi edesauttaa farmakologian perusopetuksen kehittämistä osallistumalla oppimateriaalin tuottamiseen.

Projektista prosessiksi

Tavoite:

- kehittää toiminnan rakenteita siten, että ne mahdollistavat muidenkin, rationaalista hoitoa tukevien ohjelmien ja toimenpiteiden sekä täydennyskoulutuksen jatkamisen projektivaiheen jälkeen (Rohto –Toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 2000).

Vuoden 2000 huhtikuun loppuun mennessä pyrittiin selvittämään, miten projektivaiheen jälkeen rationaalisen lääkehoidon toteutusta voidaan tukea sekä miten saatuja kokemuksia ja rakenteita voidaan hyödyntää lääkärin täydennyskoulutuksessa.

Projektissa saatujen kokemusten hyödyntämistä ja jatkotyöskentelyä projektin päättyessä käsiteltiin useissa johtoryhmän kokouksissa. 24.11.1999 pidetyssä kokouksessa todettiin, että seurantaryhmä pohtii miten projekti muutetaan jatkuvaksi prosessiksi. 3.4.2000 johtoryhmä totesi, että seurantaryhmän pitää hahmotella jatkotoimet vuoden 2000 loppupuolella ja että keväällä 2001 on esitettävä konkreettisia ehdotuksia. 8.9.2000 kokouksen pöytäkirjan mukaan ”todettiin että projekti on ollut hyvä tapa aloittaa prosessi, jonka jatkuvuus tarpeeksi pitkällä aikavälillä on taattava. Pitkäjänteinen työ edellyttää olemassa olevaa organisaatiota.” Samassa kohdassa viitattiin mahdollisesti perustettavaan lääkeinformaatiokeskukseen.

Huomionarvoista oli, että ”projektista prosessiksi” -tavoitetta ei enää käsitelty lainkaan 25.8.2000 päivätyssä projektin väliraportissa. Vuoden 2001 toimintasuunnitelma poisti tavoitekohdan kokonaan. Sen johdantoon oli kirjoitettu yleisluontoisesti että ”painopisteenä on varmistaa, että erilaiset kannustavat ja koulutukselliset strategiat lääkehoidon järkevöittämiseksi jatkuvat”. Lisäksi mainittiin että lääkeinformaatio-organisaation suunnitteluun aiotaan osallistua. Kohdassa 5 (Verkosto) todettiin, että tavoitteena on ”kehittää sellaisia toiminnan rakenteita, että ne mahdollistavat muidenkin, rationaalista hoitoa tukevien koulutusohjelmien ja toimenpiteiden sekä täydennyskoulutuksen jatkamisen projektivaiheen jälkeen”. Nämä ilmaisut ovat huomattavan varovaisia verrattuna alkuperäiseen tavoitteeseen.

Tästä huolimatta valtakunnallisen lääkeinformaatiokeskuksen perustamisesta keskusteltiin eri yhteyksissä runsaasti. Johtoryhmässä 3.4.2000 käydyn keskustelun perusteella seurantaryhmä käynnisti keskusta koskeneen suunnittelun. 9.6.2000 pidetyn

aivoriihen jälkeen projektipäällikkö laati esisuunnitelman. Sen mukaan lääkeinformaatiokeskuksen tehtävänä on tuottaa laadukasta lääkeinformaatiota ja jakaa/implementoida sitä. Keskus käyttäisi voittopuolisesti olemassa olevia tietolähteitä sekä laatisi niiden perusteella suosituksia, rakentaisi kliinisen lääkehoidon tietopankin sekä suorittaisi uusien lääkkeiden arvioinnin. Toimintamuodot olisivat ammattilehtiin kirjoittaminen, reaaliaikainen vastauspalvelu, valtakunnallisesti järjestetty täydennyskoulutus sekä ammatillisen kehittymisen tuki (esim. mentorjärjestelmä). Keskukseen pitäisi olla itsenäinen, mutta se voisi sijaita jo olemassa olevan yksikön yhteydessä.

Johtoryhmä teki 8.9.2000 periaatepäätöksen lääkeinformaatiokeskuksen tarpeesta ja katsoi että taustaorganisaatioiden tulisi varautua sellaisen suunnitteluun.

Myöhemmin syksyllä 2000 sosiaali- ja terveysministeriö antoi lääkelaitykselle tehtäväksi laatia lääkeinformaatiokeskusta koskevan suunnitelman ja sisällytti toimeksiantoon laitoksen tulossopimukseen. Rohto –projektille varattiin mahdollisuus antaa lausunto suunnitelmasta tammi-helmikuun 2001 aikana.

Lääkelaitos jätti lääkeinformaatiokeskusta koskeneen suunnitelman alkuvuodesta 2001, mutta sitä ei pystytty ottamaan huomioon vuoden 2002 valtion talousarviota laadittaessa. Johtoryhmä päätti 30.3.2001 että ”Rohto –hankkeelle on joka tapauksessa löydettävä jatkoa”. Seurantaryhmä sai tehtäväksi valmistella suunnitelma toiminnan jatkamiseksi vuonna 2002. Johtoryhmä palasi vuoden 2002 toimintaan 18.6.2001 keskustellen mm. tehtävistä, organisatiosta ja toiminnan sijoituspaikasta. Seurantaryhmän tekemän valmistelun pohjalta johtoryhmä hyväksyi toimintasuunnitelman vuodelle 2002 kokouksessaan 3.10.2001.

Yhteenvedona arviointiryhmä toteaa, että ”projektista prosessiksi” -aihetta pidettiin näkyvästi esillä parin ensimmäisen toimintavuoden aikana. Keskustelua käytiin alkuperäisen ”pysyvien rakenteiden” aikaansaamista koskevan tavoitteen pohjalta. Johto- ja seurantaryhmän jäsenet esittivät runsaasti näkemyksiä ja ajatuksia toiminnan muotoutumisesta tulevaisuudessa sekä toiminnalle asetettavista vaatimuksista. Näitä näkökohtia käsitellään tarkemmin kappaleessa 8.4.1. Syksyllä 2001 pohdinta kiteytyi ehdotukseksi riippumattoman lääkeaineinformaatiota tuottavan keskuksen perustamiseksi. Keväällä 2001, jolloin kävi ilmi, että lääkeinformaatiokeskusta koskeva suunnitelma ei toteudu pikaisesti, ryhdyttiin uudestaan suunnittelemaan laajemman toiminnan jatkamista Rohto –projektissa kokeiltujen toimintamallien perusteella.

Tutkimustyö

Toimintasuunnitelmassa (Rohto –toimintaohjelma. Suunnitelma vuodelle 2000) todetaan, että ROHTO on kehittämisohjelma, joka tarvitsee myös kotimaista tutkimustietoa suunnitelmiensa ja toimintansa tueksi. Suunnitelmassa todetaan, että tarvittaessa hankitaan ostopalveluina ohjelman tavoitteita tukevaa kotimaista tutkimustietoa. Vuoden 2000 aikana tätä ei ole toteutettu. Kuopion yliopiston Sosiaalifarmasian laitoksella on tehty projektiin liittyen Pro gradu –tutkielma, joka käsittelee sairaaloiden peruslääkevalikoimien yhteyttä avohoidon lääkekulutukseen.

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Toimintamallien arviointi

Rohto –projektin pääasiallisina toimintamalleina olivat pienryhmätoiminta, tähän liittyvä kouluttajakoulutus sekä alueelliset Rohto –pajat. Seuraavassa tarkastellaan näiden mallien toimivuutta.

Alueellinen pienryhmätoiminta

Alueellinen pienryhmätoiminta käynnistyi hieman kangerrellen vuoden 1999 alussa. Yhdyshenkilöitä toimi alkuvaiheessa kymmenen. Aluksi voimavaroja kului runsaasti toiminnan markkinointiin ja osallistujien rekrytointiin. Yhteisten koulutusaikojen löytäminen tuotti ongelmia osassa ryhmiä.

Alkuvaiheessa yhdyshenkilöt toimivat hyvin vähäisen koulutuksen pohjalta, mikä heijastuu heidän kokemanaan epävarmuutena toiminnan käynnistyessä. Projektille olisi kaivattu selkeämpää ”ohjelmaa” toiminnan tueksi. Lähtökohtana Rohto –projektissa oli aikuisen oppimisen elementeille rakentuvan, itseohjattuun oppimiseen perustuvan toiminnan käynnistäminen ja ylläpitäminen. Kaikissa ryhmissä kokeiltiin aluksi jossakin muodossa ongelmalähtöistä oppimismenetelmää, mikä vakiintui käyttöön osassa ryhmiä.

Vuonna 1999 oli todettavissa, että ryhmissä harvoin kirjattiin konkreettisia muutostarpeita tai –tavoitteita. Arviointiryhmä totesi jo tällöin, että yleiselle tasolle jäävät ”linjaukset” ja ”asenteelliset muutokset” jäävät usein vain aikomuksiksi. Voidaan olettaa, että mitä konkreettisemmat tavoitteet ja toimintakäytäntöjen muutostarpeet koulutusryhmä itselleen asettaa, sitä todennäköisemmin muutoksia on havaittavissa arkityössä.

Vuonna 2000 alueellista pienryhmätoimintaa oli käynnissä yhdeksällä alueella. Jo kevään aikana ilmeni joissakin ryhmissä osallistujakatoa, jonka seurauksena osa ryhmistä lopetti toimintansa vuoden 2000 aikana. Vain puolet ryhmistä toimi vuoden 2000 ajan siten, että osallistujat olivat aktiivisia eikä osallistumisen kanssa ilmennyt ongelmia. Ryhmien toimintaa häytti eniten osallistujien rekrytointiin ja osallistumismotivaation ylläpitämiseen liittyneet vaikeudet, vetäjien luopuminen, koettu ajan puute ja vaikeus yhteensovittaa kokoontumiset arkirutiinien kanssa.

Kevään 2001 ajan ryhmien toiminta jatkui jokseenkin säännöllisenä. Alueellisen toiminnan vahvuuksiksi nousivat moniammatillinen yhteistyö ja asiantuntijoiden käyttö ryhmätapaamisissa. Haasteina alueellisen pienryhmäkoulutuksen toteutumiselle olivat edelleen sitoutumisen ongelmat, joiden taustalla on työ- ja vapaa-ajan kiireiden sekä muun koulutustarjonnan aiheuttama aikapula.

Rohto –projektin käynnistyessä pyrittiin luomaan alueellinen pienryhmien verkosto ja laajentamaan sitä projektin edetessä. Aluksi ryhmissä käytettiin ongelmalähtöistä oppimismenetelmää, ja osallistujat pyrittiin sitouttamaan melko tiiviiseen pien

ryhmätyöskentelyyn. Työmuotoihin kuuluivat mm. välitehtävät, joihin osallistujien edellytettiin perehtyvän pienryhmätapaamisten välillä.

Pienryhmätoiminnassa tiedonhankinta oli hyvin voimakkaasti yhdyshenkilön tai asiantuntijan ohjaamaa. Yleisimmin käytetyt tietolähteet ovat YKT ja LCD. Materiaalipaketit toimivat yhdyshenkilöiden tukena tiedonhankinnassa, ja ryhmän jäsenet olivat perehtyneet materiaalipakettien aineistoon hyvin rajallisesti. Asiantuntijat olivat tärkeä tiedonlähde, etenkin kun he olivat alueellisia, arvostettuja mielipidejohtajia omalla erikoisalallaan.

Pienryhmätoiminnassa on yhä lisääntyvässä määrin muokattu työskentelytapoja siten, että ne eivät vaadi enää yhtä vahvaa sitoutumista ryhmän toimintaan kuin toiminnan käynnistyessä. Ongelmalähtöisesti oppimisesta on siirrytty ”kevyempiin” menetelmiin, eli sellaisiin jotka eivät edellytä ryhmän jäsenten säännöllistä osallistumista.

Vuoden 2002 suunnitelman liitteessä todetaan, että paikallisten yhdyshenkilöiden lukumäärä on pysynyt samana ja että osallistumiskertojen määrä kasvoi liki kaksinkertaiseksi toiminnan käynnistämivuodesta 1999 vuoteen 2000. Lääkäreiden osalta osallistujamäärä on kuitenkin laskenut selvästi vuodesta toiseen, ja osallistumiskertojen kasvu johtuu lähinnä muun henkilöstön kuin lääkäreiden tulemisesta mukaan alueellisiin tapaamisiin. Alkuperäisistä kunnianhimoisista tavoitteista osallistujamäärien suhteen jouduttiin kuitenkin luopumaan, minkä toteaminen korostaa paikallisen toiminnan järjestämisessä kohdattuja ongelmia.

Pienryhmien ohjaajina toimivat alueelliset yhdyshenkilöt. Heidän rooliinsa kuuluu ryhmätapaamisten järjestelyihin liittyvien tehtävien lisäksi perehtyminen käsiteltävään aihepiiriin, ryhmäprosessin ohjaaminen, tarvittaessa asiantuntijan valinta sekä tiedonhankinnassa avustaminen. Yhdyshenkilö myös vastasi siitä, että ryhmissä käytettiin riittävän monipuolisia työskentelytapoja. Pienryhmätoiminta edellyttää huomattavaa panostusta yhdyshenkilöiden koulutukseen.

Pienryhmätoiminnassa on käynyt ilmeiseksi, että lääkärikunnassa on tilausta keskustelufoorumille, jossa osallistujat voivat vapaamuotoisesti vaihtaa kokemuksiaan ja näkemyksiään. Kokemuksista keskusteltaessa tapahtuu ns. äänettömän tiedon jakamista osallistujien kesken. Riskinä keskusteluihin pohjautuvassa työskentelyssä on pitäytyminen ns. yksikehäisessä oppimisessa, jossa opittu tieto tai toimintatapa ei niivoudu osaksi lääkärin tietopohjaa vaan jää irralliseksi. Esimerkiksi käytettäessä potilastapauksia keskustelun virittäjänä on monessa ryhmässä jääty kiinni tapaukseen ja sen ratkaisemiseen, eikä oppimisprosessissa ole päästy eteenpäin oman toiminnan kriittiseen tarkasteluun.

Itsenäinen opiskeltavien aiheiden valinta vaikuttaa olevan keskeinen tekijä osallistujien sitoutumisessa pienryhmätoimintaan. Mikäli aiheiden valintaan halutaan vaikuttaa – huomioiden sen että lääkärit eivät välttämättä kykene identifioimaan kaikkia keskeisiä oppimistarpeitaan ilman ulkopuolista apua – tulisi alueellisilla ryhmillä olla käytössä tietoa esim. alueellisesta lääkekulutuksesta tai objektiivista tietoa muista toimintakäytännöistä.

Arviointiryhmä haluaa kiinnittää huomiota myös itseohjautuvuuden ongelmiin. Vaikka osallistumista ja jatkuvuutta on sitä kautta edistetty, vastapainona on ollut se,

että useat ryhmät ovat valinneet teemoja, jotka eivät suoranaisesti ole tukeneet projektin päämääriä.

Pienryhmien toiminta on ollut selkeästi järkevintä silloin kun se on nivoutunut osaksi terveyskeskuksen omaa koulutusohjelmaa. Viime aikoina yhä useammalla alueella on kokeiltu moniammatillisia ryhmiä, ja tulokset ja kokemukset ovat olleet pääsääntöisesti positiivisia. Vaikuttaa siltä, että moniammatillisessa ryhmässä voidaan sopia toimintatavoista ja viedä niitä käytäntöön jopa paremmin kuin pelkästään lääkäreistä muodostuvissa ryhmissä. Tiettyihin, läheisesti toimintakäytäntöihin liittyviin teemoihin moniammatillinen ryhmä voi näinollen olla toimivampi ratkaisu kuin ”perinteinen” lääkäriryhmä.

Toiminta tulisi kytkeä osaksi virallista organisaatiota – terveyskeskusta tai sairaalaa ja sen ammatillista täydennyskoulutusta. Sen pitää olla osallistujakeskeistä ja lähteä liikkeelle osallistujien arjessa kokemista haasteista. Silti oppimistavoitteet on määriteltävä selkeästi siten että ne muodostetaan sellaisen keskustelun pohjalta, johon osallistuu myös (ulkopuolisia) asiantuntijoita ja jossa käsitellään osallistujien toimintaa faktojen perusteella. Tällä tavalla voidaan välttää että keskustelu käydään vain osallistujien ”mukavuusvyöhykkeessä”. Oppimisprosessia on tuettava vaikuttaviksi havaituilla menetelmillä kuten asiantuntijapalautteella (academic detailing) ja toiminnan dokumentointijärjestelmiin liitetyillä hälytyksillä ja muistutuksilla. Tietotekniikkapohjaiset järjestelmät ovat silloin suureksi avuksi (esimerkiksi sairauskertomusjärjestelmä tai reseptikirjoitusohjelma). Tapauspohjaisessa käsittelyssä on tärkeää käyttää osallistujien omia tai muuten hyvin arkitodellisuutta kuvaavia tapauksia.

Alueellista pienryhmätoimintaa voidaan pitää kalliina toimintamuotona nykymuodossaan. Rohto –projektin alueellinen pienryhmätoiminta olisi toteutunut taloudellisemmin ja tehokkaammin, mikäli se olisi toiminnan alusta alkaen rajattu yhden sairaanhoidopiirin alueelle. Yhdyshenkilöille olisi muodostunut luonnostaan oma tukiverkosto alueelle. Ryhmät olisivat voineet kokoontua myös yhteistapaamisiin erikoissairaanhoidon kanssa, ja näissä tilaisuuksissa olisi voitu sopia alueellisista hoitokäytäntöjen linjauksista. Ryhmät olisivat myös voineet kokoontua ajoittain Rohto –pajojen tyyppeihin tilaisuuksiin.

Reseptitiedostojen hyödyntämistä paikallisessa koulutuksessa on korostettu arviointiryhmän suosituksissa. Sen toteuttaminen edellyttäisi että Kansaneläkelaitos panostaisi järjestelmällisen palautejärjestelmän rakentamiseen. Tähän Rohto -hankkeen muiden taustayhteisöjen tulisi Kansaneläkelaitosta kannustaa.

Kouluttajakoulutus ja yhdyshenkilöiden tuki

Alueellisten yhdyshenkilöiden koulutus on perustunut kahteen tai kolmeen vuosittaiseen koulutustilaisuuteen tai yhdyshenkilötapaamiseen. Lisäksi projektipäällikkö on pitänyt yhteyttä – etupäässä sähköpostitse – yhdyshenkilöihin. Yhdyshenkilöt ovat olleet pääosin tyytyväisiä saatuun tukeen, mutta he ovat kokeneet epävarmuutta kouluttajavalmiuksiensa osalta. Yhdyshenkilöiden rekrytointi on ollut haasteellista ja vain kaksi kymmenestä projektin alussa mukaan tulleesta yhdyshenkilöstä oli toiminnassa mukana vielä projektivaiheen päättymisen aikaan. Lopettaminen liittyi useimmiten työpaikan vaihtoon.

Kouluttajakoulutus käynnistettiin tavoitteena nojautua ongelmalähtöiseen oppimismenetelmään. Siitä ei kuitenkaan pidetty johdonmukaisesti kiinni, vaan koulutus muotoutui ”itseohjautuvaksi”. Projektipäällikkö korosti käytännönläheisyyttä toiminnallisena ohjenuorana, eikä koulutuksellisia toimintamalleja tietoisesti pohdittu. Koska yhdyshenkilöt eivät ole voineet nojautua selkeään malliin tai menetelmään he ovat joutuneet improvisoimaan, mikä oletettavasti on merkinnyt sitä, että he ovat kokeneet tehtävänsä entistäkin haasteellisempina.

Pienryhmätoiminta on osoittautunut toimivaksi ja tehokkaaksi työskentelytavaksi ammattihenkilöiden keskuudessa ja sitä on sovellettu nimenomaan täydennyskoulutuksessa. Pienryhmien ohjaajakoulutus on siten tärkeää, ja työskentelymuoto periaatteessa sopiva myös Rohto -projektin tyypisessä fokusoidussa täydennyskoulutusohjelmassa. Kouluttajakoulutuksessa kannattaisi kuitenkin arviointiryhmän mielestä soveltaa ammatilliseen kehittymiseen sopivaa työskentelytapaa. Tällöin osallistujia kannustetaan tutkimaan omaa oppimiskäsitystään ja täydentämään sitä koskevia tietojaan esimerkiksi tutustumalla kirjallisuuteen tai asiantuntijan opastuksella. Tämän perusteella syntyvä toimintamalli on turvallinen ja siihen soveltuvien menetelmien käyttö luonnollista. Mallin ja menetelmien soveltaminen tapahtuu omaa toimintaa seuraten ja arvioiden käyttämällä sekä osallistujien että asiantuntijoiden antamaa palautetta. Näin syntyy myös menetelmäkirjo, joten eri kouluttajien toimintaa vertailemalla voidaan syventää ko. kohderyhmän täydennyskoulutusta koskevaa tietämystä.

Rohto –pajat

Rohto –pajoja on järjestetty 2000-2001 eri puolilla Suomea vaihtelevilla teemoilla ja kokoonpanoilla. Ideana on ollut pienryhmätyöskentelyn yhdistäminen asiantuntijoiden pitämiin tietoisuuksiin sekä projektin edetessä lisääntyvässä määrin myös paikallisen lääkekulutusprofiilin käyttö oppimisen ja muutoksen stimuloijana.

Vuonna 2000 käynnistyneet Rohto –pajat muodostuivat osallistujamäärältään laajemmiksi yhden iltapäivän työpajoiksi. Alueelliset työpajat järjestettiin yhteistyössä ensisijaisesti kohdepaikkakunnan terveystieteiden kanssa. Kertaluonteisissa koulutustilaisuuksissa sekä markkinoitiin Rohto –projektia että perehdyttiin tiettyyn kliiniseen aihepiiriin. Lääkemääräyskäytäntöjä problematisoitiin esittämällä asiantuntijajavoin lääkemääräysten aluevaihtelua. Osallistujia rohkaistiin pienryhmissä pohtimaan omia lääkemenetelmäkäytäntöjään sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Erityisesti lääkemarkkinointin tapaa käyttää ja esittää tutkimustietoja tarkasteltiin kriittisesti. Pajojen toteutukseen on osallistunut projektityöntekijöiden lisäksi alueellisia asiantuntijoita. Osallistajat ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä pajojen antiin.

Vuosina 2000 ja 2001 järjestettiin kuusitoista Rohto –työpajaa, joissa yleisimmin käsiteltyjä teemoja olivat kipulääkkeiden käyttö tukielinsairauksissa, tyypin 2 diabeteksen lääkehoito ja toiminnallisen unettomuuden lääkehoito.

Osallistujien tyytyväisyyteen on vaikuttanut todennäköisesti strukturoitu ja hyvin organisoitu, tehokas työskentelytapa. Myös käsiteltävä teema on todennäköisesti vaikuttanut osallistujapalautteeseen ja oppimiseen. Strukturoitu ja tiivis koulutuspaketti

sopii hyvin rajattujen, selkeiden kokonaisuuksien käsittelyyn (esim. TULES –lääkkeet).

Rohto -pajojen palautteista on päätelty, että parhaiten ovat onnistuneet ne tilaisuudet, joissa on selkeästi keskitytty hyvin rajattuun lääkehoidon teemaan ja jossa käytetään hyväksi todellista palautetietoa. Tätä tulisi korostaa riittävästi jatkotoimintaa suunniteltaessa.

Rohto –pajoja voisi kehittää selkiyttämällä pienryhmien tehtäväksiantoja. Myös aiheiden tulisi olla hyvin konkreettisia ja käytännönläheisiä. Vaikka Rohto –pajat ovat toimineet hyvin kertaluonteisena interventiona, tulisi vielä selvittää kuinka konsepti toimisi useamman pajan sarjana tietyllä paikkakunnalla. Suuri osa osallistujista piti kyselyjen perusteella toivottavana uusien pajojen järjestämistä alueella.

Rohto -pajoissa tarkasteltiin myös lääkemainoksia ja kannustettiin osallistujia kriittiseen arviointiin. Riippumattoman ja asiantuntevan lääkkeitä koskevan tiedotuksen tarve on ilmeinen. Suunnitelmaa laadittaessa on tarkemmin pohdittava Rohto -toiminnan, Lääkelaitoksen ja hoitosuosituksia julkaisevien tahojen välistä työnjakoa riippumattoman tiedon tuottajina.

Rohtoprojekti vuosina 1998-2001: Toiminnan tuloksia

Toiminnan tuloksia tarkastellaan tässä alueellisen pienryhmätoiminnan ja Rohto –pajojen kautta.

Alueellinen pienryhmätoiminta

Alueellisessa pienryhmätoiminnassa oli alkuperäisenä tavoitteena rekrytoida mukaan pienryhmätoimintaan 250 lääkäriä terveydenhuollon eri sektoreilta. Projektin edetessä kohderyhmäksi muotoutuivat perusterveydenhuollon lääkärit. Alkuperäiseen tavoitteeseen osallistujamäärän suhteen ei missään vaiheessa päästy, ja osallistujien määrä on lääkäreiden osalta ollut tasaisessa laskussa vuodesta 1999 vuoteen 2001. Vuoden 2001 puolivälissä mukana oli 90 aktiivisesti osallistuvaa lääkäriä. Myös aktiivisten ryhmien määrä on vähentynyt. Vuonna 1999 toiminta käynnistyi 21 ryhmässä, mutta vuoden 2001 lopulla toiminnassa on vain 10 ryhmää. Osallistumiskertojen määrä on kuitenkin noussut, mikä selittyy sillä, että yhä useammassa ryhmässä on siirrytty moniammatilliseen työskentelytapaan.

Pienryhmissä käsiteltyjen teemojen osalta voidaan todeta, että materiaalityypit sekä tuoreet hoitosuositukset ohjaavat melko voimakkaasti aiheiden valintaa. Yleisimpiä käsiteltyjä teemoja ovat olleet avohoidon infektiot, depressio, unettomuus, diabetes, hormonikorvaushoito, kroonisen kivun hoito sekä vanhusten monilääkitys. Nämä vastaavat melko hyvin projektisuunnitelmassa mainittuja painopistealueita.

Alueellisten ryhmien toimintaa on seurattu oppimispäiväkirjojen pohjalta. Tarkastelussa on kiinnitetty erityistä huomiota osallistujien määrittämien muutostarpeiden konkreettisuuteen ja siihen, kuinka sitoutuneita osallistujat ovat kyseisten muutosten toteuttamiseen. Asenteiden muutoksen tarkasteluun päädyttiin, koska sen arvioitiin

olevan itse ilmoitettuja toimintakäytännön muutoksia herkempi mittari. Luokiteltaessa muutostavoitteita niiden konkreettisuus vaihteli huomattavasti. Mitä täsmällisemmin muutostavoite on ilmaistu, sitä todennäköisempänä voidaan pitää korkean sitoutumisen asteen myös johtavan todellisiin toimintakäytännön muutoksiin. Vajaa puolet luokitelluista tavoitteista oli ilmaistu spesifillä tasolla.

Yksi keskeinen elementti alueellisten pienryhmien pääsääntöisesti käyttämässä ongelmalähtöisessä oppimisessä on itsenäinen tiedonhankinta ryhmätapaamisten välillä. Projektin alusta alkaen välitehtävät on koettu suuressa osassa ryhmiä ylimääräiseksi rasitteeksi, eikä niiden tekemiseen ole ollut innostusta. Tämän takia on menetetty merkittävä tekijä ongelmalähtöisen oppimisen prosessissa. Syynä välitehtäviä kohtaan esitettyyn kriittiseen suhtautumiseen on mainittu se, ettei niitä ole mahdollista tehdä työaikana. Toisaalta lääkärit eivät ole tottuneet jatkuvana prosessina tapahtuvaan koulutukseen vaan yksittäisiin, irrallisiin koulutustilaisuuksiin. Eräs merkittävä tekijä on todennäköisesti myös se, että ryhmässä ei ole onnistuttu viemään ongelmalähtöisen oppimisen prosessia läpi siten, että se olisi motivoinut itsenäiseen tiedonhankintaan.

Pienryhmäkoulutusta voidaan perustellusti pitää tehokkaampana koulutusmuotona kuin luento-opetusta. Rohto –projektissa koulutuksen vaikuttavuutta on todennäköisesti lisännyt asiantuntijoiden runsas käyttö pienryhmien ”oppimisresurssina” – ja samalla on monesti voitu linjata paikallisia toimintakäytäntöjä.

Kirjallisuuden perusteella asiantuntijoiden oppimisen kannalta ihanteellista olisi tilanne, jossa oppiminen on aidosti itseohjattua ja arkipäivän ongelmatilanteisiin sidoksissa. Ryhmissä onkin todennäköisesti tapahtunut runsaasti ns. hiljaista oppimista jota ei ole kyetty pukemaan sanoiksi oppimispäiväkirjoihin. Tällainen oppiminen liittyy tyyppillisesti menettelytapoja koskevaan oppimiseen, mitä oppimispäiväkirjojen pohjalta voidaan todeta tapahtuneen runsaasti.

Oppiminen olisi alueellisessa pienryhmätoiminnassa ollut todennäköisesti tehokkaampaa, jos sitä olisi toteutettu selkeämmän mallin ja konkreettisempien tavoitteiden pohjalta. Toisaalta projektin johto on painottanut itseohjautuvan ryhmäprosessin merkitystä, mikä on varmasti osaltaan vaikuttanut positiivisesti ryhmien toimintaan sitoutumiseen. Kuitenkin sekä yhdyshenkilöiden että ryhmien jäsenten vaihtuvuus on ollut suurta. Selkeä toimintaohjelma tavoitteineen olisi voinut osaltaan sitouttaa laajemman joukon lääkäreitä mukaan toimintaan.

Rohto –pajat

Alueellisten Rohto –työpajojen tavoitteeksi asetettiin laajemman näkyvyyden saavuttaminen ja mahdollisesti toimintakäytäntöihin vaikuttaminen. Vuosina 2000-2001 järjestettiin 16 työpajaa, joihin osallistui keskimäärin 25 lääkäriä tilaisuutta kohden. Yleisimmin käsiteltyjä teemoja olivat kipulääkkeiden käyttö tukieliinsairauksissa, tyyppin 2 diabeteksen lääkehoito ja toiminnallisen unettomuuden lääkehoito. Näiden lisäksi käsiteltiin myös mikrobilääkekäytäntöjä avohoidon infektioiden hoidossa, masennuksen hoidon toteutumista omalla alueella ja yleisesti lääkemääräyskäytäntöjä oman maakunnan alueella. Teemoja käytettiin lähinnä esimerkkeinä paneuduttaessa rationaalisen lääkehoidon kysymyksiin.

Rohto –pajoja on seurattu sekä työpajojen toteuttajien keräämän välittömän palautteen että arviointiryhmän jälkikäteen lähettämien postikyselyjen avulla. Palautteen perusteella osallistujat ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä Rohto –pajoihin. Keskusteluun ja osallistujien aktiivisuuteen perustuva työtapa on saanut kiitosta. Osallistujien tyytyväisyyteen on todennäköisesti vaikuttanut strukturoitu ja hyvin organisoitu, tehokas työskentelytapa. Vaikka toiminta onkin osallistujalähtöistä ja osallistujien odotetaan osallistuvan aktiivisesti tilaisuuksien kulkuun, on havaittu, että toiminnalla pitää olla selkeä tavoitteet, ja että osallistujien tulee tuntea käytettävän työtavan periaatteet. Osallistujien antamassa palautteessa tilaisuuksien toteutus sai positiivisemman kuin koulutuksen hyöty oman työn kannalta.

Rohto –pajatoiminnan eräänä tavoitteena oli lisätä osallistujien kriittistä ajattelua lääkkeenmääräämisen suhteen. Osallistujat mainitsevat palautteessa oppineensa uutta ennen kaikkea lääkemainonnan ja lääkehoidon kustannusten kriittisestä arvioinnista. Vastaavasti oppimistuloksille käsitellyistä muista sisältöalueista annettiin huomattavasti kriittisempää palautetta. Kriittinen asennoituminen suhteessa lääkemarkkinointiin ja uusiin markkinoitaviin lääkkeisiin ei välttämättä johdattele lääkäriä pohtimaan nykyisiä lääkkeenmääräämiskäytäntöjään ja niiden rationaalisuutta. Tämän saavuttamiseksi tarvitaan paneutumista omaan toimintaan käyttäen palautetta tai vertaisarviointia. On myös otettava huomioon, että kriittinen ajattelu on vahvasti kontekstisidonnaista, eikä voida olettaa, että yhden aihepiirin käsittelyssä mahdollisesti omaksuttu kriittinen ajattelu olisi yleistettävissä muihin aihealueisiin.

Alueellisten lääkemääräystilastojen havaittiin toimivan hyvin keskustelun herättäjänä. Jos halutaan edistää muutosta toimintakäytännöissä, olisi hyvä tarjota henkilökohtaisempaa palautetta. Osallistujapalautteen mukaan tilaisuuksissa, joissa on käsitelty henkilökohtaista palautetta lääkkeenmääräämisestä, käytännön toteutukselle ja hyödyllisyydelle käytännön työn kannalta on annettu positiivisempia arvoja. Muutosvalmiuden heräämiseen liittyvät jälkikäteiskyselyn osiot (käsitellyn aiheen selkiytyminen, työtavan tehokkuus ja työpajan tarjoamat työkalut käytännön työhön) arvioitiin positiivisemmin myös niissä tilaisuuksissa, joiden aiheena oli spesifinen lääkahoitoa koskeva kysymys.

Muutosten toteuttamisella käytännössä on havaittu olevan yhteyttä myös tilaisuuden ilmapiiriin ja alueellisten mielipidejohtajien tehokkaan käytön kanssa. Tutussa ryhmässä uskalletaan tuoda esiin omaan työhön liittyviä kehittämisen tarpeita ja arvostetun paikallisen asiantuntijan mielipiteet käsitelystä aiheesta pysyvät mielessä vielä koulutuksen jälkeenkin.

Rohto –projektin tulokset suhteessa voimavarapanoksiin

Seuraavassa tarkastellaan Rohto –projektin tärkeimpien toimintamuotojen tuottavuutta ajatellen tuottavuuslukujen heijastavan ”kustannus-tehokkuutta”. Tähän on tyydyttävä, koska toimintamuotojen vaikuttavuustavoitteita ei operationalisoitu eikä niitä siten voitu seurata. Tuottavuus on laskettu toimintamuotojen suoritteiden yksikkökustannuksina. Tuottavuuslukuja on toki mahdollista tarkastella suhteessa ”laadullisiin tuloksiin” (esimerkiksi oppimistuloksiin ja muutosvalmiuteen) ja verrata niitä samantyyppisen toiminnan kustannuksiin.

Yksikkökustannuksia on arvioitu alueellisessa toiminnassa ja Rohto –pajatoiminnassa. Lisäksi on selvitetty valtakunnallisten toimien kustannuksia. Kustannusarvion laatimisessa on käytetty vuosien 1999 ja 2000 toteutuneita kuluja sekä vuoden 2001 resurssisuunnitelmassa esitettyjä arvioita. Kustannusten arvioinnissa otetaan huomioon myös projektipäällikön ilmoittamat vuosittaiset työmäärät tarkasteltavien projektin osa-alueiden suhteen.

Alueellisen toiminnan ja Rohto –pajojen kustannusten pohdintaan liitetään myös arviot menetetyistä työajasta muodostuvista kustannuksista. Menetetyn työajan laskennassa on käytetty Lääketeollisuus ry:n ja Stakesin Sosiaali- ja terveyspalveluiden tulosa-alueen yhteishankkeessa tavallisimmille terveyspalveluille määriteltyjä yksikköhintoja. Lääkärikäynnille määritelty keskimääräinen hinta on tuotettu Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuolto 2000-luvulle kehittämisprojektiin kuuluneessa Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuslaskennan perusteet –projektissa vuonna 1999. Kehittämisprojektiin osallistuneiden kuntien vuoden 1999 yksikkökustannuksia muokattiin Tilastokeskuksen julkisten menojen terveystoimen hintaindeksin avulla vuoden 2000 hintatasolle. Näin on saatu lääkärikäynnin keskimääräiseksi hinnaksi 439 mk. Keskimääräisen lääkäriissäkäynnin pituudeksi arvioidaan n. 20 minuuttia. (Heikkinen ym. 2001)

Alueellinen pienryhmäkoulutus

Osallistujatietojen ja projektipäällikön raportointien alueellisen toiminnan kustannusten pohjalta laskettu välitön kustannus yhtä osallistumiskertaa kohden on 898 mk osallistunutta lääkäriä kohti. Tätä voidaan pitää huomattavan suurena kustannuksena, joka selittyy lähinnä ryhmien alhaisen osallistumisaktiiviteetin ja harvojen kokoon-tumiskertojen pohjalta. Mainittakoon, että Suomen lääkirlehdessä ilmoitettujen kotimaisten kurssien hinnat syksyn 2001 kattaman otostarkastelun perusteella asettui-vat hintahaarukkaan 250 – 1 500 mk kurssipäivää kohti.

Jos otetaan huomioon myös välilliset kustannukset, joista tärkein on osallistumisen takia menetety työpanoksen arvo, yhden osallistumiskerran kokonaiskustannukseksi saadaan 3 532 mk osallistunutta lääkäriä kohti. Tätä keskimääräistä osallistumiskerran yksikkökustannusta laskettaessa on oletettu, että lääkäri ottaa vastaan keskimäärin kolme potilasta tunnissa, ja että koulutustilaisuuden kesto on keskimäärin kaksi tuntia. Menetetty työpanos on siten arvotettavissa kuuden potilaskäynnin mukaan käyttäen suoritteiden arvona sen yksikkökustannusta. Koska Rohto –projektin alueellisessa pien-ryhmätoiminnassa koulutustilaisuudet usein järjestettiin terveyskeskusten koulutukseen tai sisäisten asioiden käsittelyyn varattuna ajankohtana tai peruutettuja potilas-käyntejä tehtiin muina aikoina (oletettavasti ilman merkittäviä lisäkustannuksia), edellä esitetty kokonaiskustannus saattaa olla todellista kustannusta liioitteleva. Toisaalta taas joillain paikkakunnilla osallistujat ovat saapuneet koulutustilaisuuksiin pitkienkin matkojen takaa, jolloin matkoihin käytetty aika on selvästi lisännyt mene-tettyyn työpanokseen liittyviä kustannuksia. Koska niitä ei ole laskelmiin sisällytetty, kokonaiskustannus saattaa myös olla liian varovainen.

Projektipäällikön vastuulla on ollut alueellisten yhdyshenkilöiden koulutus ja yhtey-denpito heihin. Projektipäällikön oman arvion mukaan projektin alkuvaiheessa tähän

kului n. 75 % hänen kokonaistyöajastaan. Projektin loppuvaiheessa arvioitu yhdyshenkilöverkoston ylläpitoon käytetty työpanos oli laskenut n. 25 %:iin.

Rohto –pajat

Rohto –pajojen osallistujamäärien ja projektipäällikön raporttoimien kustannusten perusteella laskettu kustannus yhtä osallistujaa kohden oli 270 mk. Tämän keskiarvon laskemiseen on käytetty kokonaisuudessaan vuoden 2000 ja vuoden 2001 kevään osallistuja- ja kustannustietoja. Mikäli otetaan huomioon koulutukseen osallistumisesta aiheutunut työpanoksen menetys (työpajojen kestoksi on arvioitu 3 tuntia) osallistumisesta aiheutuneet kustannukset kohoavat 4 222 mk osallistujaa kohden. Viimeksi mainittuun lukuun sisältyy samat estimoinnin vaikeudet kuin yllä on esitetty.

Projektipäällikön arvion mukaan Rohto –pajojen valmisteluun ja toteutukseen käytettiin hänen ja projektilääkärin osalta työaikaa yhteensä n. 47 työpäivää vuodessa.

Valtakunnalliset tukitoimet

Projektipäällikön raportin (Helin-Salmivaara ja Sairanen 2001) mukaan valtakunnallisiin toimiin on projektin aikana käytetty n. 400 000 mk. Näillä varoilla on kustannettu lähinnä tietoteknologista kehitystyötä (konsulttipalkkiot), tiedotusta, kotisivun ylläpitoa, alueellisten yhdyshenkilöiden koulutukseen liittyneitä tarjoilu- ja tilakustannuksia sekä Etelä-Savon sairaanhoitopiirin hoitosuosituksen kustannushyötyanalyysiin. Konsultaatiopalkkioihin käytetty kustannuserä on vähintäänkin kohtuullinen, ja se on suunnattu hyvin määriteltuihin toimeksiantoihin.

Rohto –toiminnan jatkaminen

Rohto –projektin arvioinnin havainnot, johtopäätökset ja niiden perusteella tehdyt asiantuntijasuosituksukset ovat parhaiten hyödynnettävissä toiminnan jatkoa suunniteltaessa. Arviointiryhmän näkemykset perustuvat paitsi omiin havaintoihin ja kannanotoihin myös johto- ja seurantaryhmän jäsenten näkemyksiin, siten kuin ne on esitetty haastatteluissa marraskuussa 2000 ja syyskuussa 2001. Edelleen arviointiryhmä on tarkastellut vuonna 2002 perustettavan ns. Rohto –keskuksen toimintasuunnitelmaa, jonka johtoryhmä hyväksyi 3.10.2001. Suositukset esitetään k.o. suunnitelman jaoteltua seuraten.

Johto- ja seurantaryhmien näkemykset toiminnan jatkumisesta projektin päättymisen jälkeen

Marraskuussa 2001 johto- ja seurantaryhmien jäsenillä oli jo varsin selkeät käsitykset toiminnan jatkamisen välttämättömyydestä ja myös sen muodoista. Haastateltujen piirissä yleinen katsantokanta oli, että projektin pitäisi tuottaa toimintoja jotka todella

voisivat muuttua ”projektista prosessiksi”. Edellytyksenä oli että ne voidaan kytkeä tiivistä normaaliin toimintaan.

Toiminnan juurtuminen ei kuitenkaan ole itsestään selvä asia. Eri toimijoiden intresseistä oltiin myös epävarmoja. Kuitenkin selkeät jatkotyöstämisen linjaukset ovat tarpeen.

Eräs syy empivyyteen oli tehtävän laajakantoisuus ja projektin toistaiseksi vaatimaton leviäminen kentällä.

Huolta tunnettiin myös siitä onko projektin piirissä syntynyt riittävää osaamista haastavan muutosprosessin hallintaan. Kehittämistote pitäisi joka tapauksessa säilyttää.

Kehittämistoiminnan esillä pitäminen mainittiin nimenomaan sosiaali- ja terveysministeriön tehtäväksi – ministeriön pitäisi saada terveydenhuollon palveluorganisaatiot sisällyttämään myös nyt puheena oleva kehittämistyö osaksi nykyistä toimintaansa. Eräs tärkeä kohde oli lääkkeenmääräämisen tietojärjestelmä.

Taustaorganisaatioiden tukea toiminnalle pidettiin tärkeänä ja sen säilyttämistä välttämättömänä. Olisi huolehdittava kytkennästä ammattihenkilöiden perus- ja jatkokoulutukseen. Hyvästä toimintaorganisaatiosta ei haastateltavilla ollut selkeää kuvaa.

Keskeisintä jatkotyöskentelyssä oli haastateltujen mielestä lääkkeenmäärääjien tavoittaminen. Selkeä vastuutaho olisi nimettävä, koska toiminnalle tarvitaan ”moottori”. Aloitetta ei myöskään saisi päästää lipsumaan käsistä.

Uhkina nostettiin esille sekä lääketeollisuuden tiedotus- ja markkinointitoiminnan ”ylivalta” että myös julkisten toimijoiden ristiriitaiset intressit.

Riippumaton lääkeinformaatioyksikkö mainittiin useissa vastauksissa. Siihen oltiin valmiita panostamaan vapaaehtoisvoimiakin, vaikka yksikön suunnittelu oli annettu Lääkelaitoksen tehtäväksi. Vaikka sen valtakunnallista roolia korostettiin, nähtiin myös ettei suunniteltu keskus pysty kovin tehokkaasti tavoittamaan paikallisia toimijoita. Lääkelaitoksen edustaja totesi mm. että paikallistoiminnan käynnistäminen vaatisi isoa organisaatiota. Vaikka laitos voisikin olla koulutusmateriaalin tuottaja, se ei pysty paikallista koulutusta toteuttamaan.

Syyskuussa 2001 tehdyissä haastatteluissa toistuivat monet vuotta aiemmin esitetyt kannanotot. Rohto –projekti nähtiin laajemman ja pysyvämmän toimintamuodon pilotina. Prosessille oli saatu hyvä alkua ja sen tulee jatkua. Asialla on positiivinen imago kaikkien toimijoiden keskuudessa ja käytännön lääkärit mieltävät toiminnan omaa työtä tukevaksi asiaksi. Tähän mennessä on kertynyt ajatuksia ja kokemuksia jotka voivat tukea jatkotoimintaa.

Keskeistä toimintaa jatkettaessa on johto- ja seurantaryhmien jäsenten mielestä sellaisen ilmapiirin ja sellaisten toimintaedellytysten luominen, että toiminta voi olla riittävän pitkäjänteistä ja ”ammattimaista”.

Seurantaryhmässä oli keskusteltu siitä, että vuosi 2002 tulee olemaan siirtymävaihe, jonka aikana tehdään työtä pysyvemmän rakenteen aikaansaamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi. Lisäksi toimintaan haluttiin rekrytoida lisää toimijoita. Tavoitteena esitettiin saada toiminnalle vakinaisempi rahoitus vuodesta 2003 alkaen. Vuonna 2002 toiminnan vakinaistamista pitäisi valmistella, sillä katsottiin, että valmistelutyö jäi kesken vuonna 2001.

Tulevan organisaation ”etsintävaihe” on meneillään. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että viranomaistaholta organisoituna toimintaan tulisi valtiovallan leima, joka assosioituu usein puhtaasti säästämiseen ja viranomaismääräyksiin. Duodecimin ja Lääkäriliiton mukana oloa pidettiin tärkeänä.

Projektin laajeneminen erikoissairaanhoidon suuntaan nostettiin esiin yhdessä haastattelussa. Myös lääkäreiden peruskoulutuksessa tulisi tapahtua muutoksia, jotta jo peruskoulutuksen aikana syntyisi kriittinen asenne lääkkeiden käyttöön.

Keskeistä toiminnan jatkon kannalta on lääkäreiden motivaatio ja kiinnostus. Rohto voi tukea kiinnostuksen toteutumista käytännössä. Tähän mennessä Rohto on ollut melko puhtaasti implementaatiohanke. Tiedon tuottaminen ja ylläpitäminen nousevat keskeisiksi tekijöiksi projektin jatkon kannalta: tarvitaan jokin taho joka tuottaa sitä mitä implementoidaan. Valtakunnallinen lääkeinformaatiokeskus voisi huolehtia tiedon tuotannosta.

Tulevaisuudessa toiminnan tavoitteena pitää olla pysyvien muutosten aikaansaaminen lääkäreiden toimintakäytännöissä.

Arvio vuoden 2002 toimintasuunnitelmasta

Seuraavassa esitetään arviointiryhmän kannanotot ja suositukset toimintasuunnitelmasta sen jaottelua noudattaen.

1.1.1.35 Johdanto

Toiminnan laajentaminen ja vakiinnuttaminen on perusteltua ennen kaikkea taustayhteisöjen vahvan sitoutumisen ja yhteistyövalmiuden johdosta. Uutta toimintaa suunniteltaessa tulisi kuitenkin selvästi laajemmin hyödyntää arviointiryhmän tekemiä suosituksia. Suunnitelma ottaa vain osittain huomioon arviointiryhmän aikaisempia suosituksia.

Erityisesti tulisi Kansaneläkelaitosta kannustaa kehittämään reseptitietokantaansa niin, että yksilöllisen ja paikallisen palautetiedon tuottaminen ja vertailu alueellisiin ja valtakunnallisiin käyttöprofiileihin kävisi mahdolliseksi.

1.1.1.36 Päämäärä

Suunnitelman päämäärä on alkuperäisiä Rohto -projektin tavoitteita ylimalkaisempi. Kriittisen ajatteluun kannustaminen on saanut tärkeän ”välineellisen” merkityksen. Toistaiseksi on kuitenkin paikallisten ryhmien toiminnasta vain niukasti tietoa siitä,

miten hyvin kriittinen pohdinta on onnistunut, ja miten muutosta edistäviä ja haittaavia tekijöitä on pystytty hallitsemaan.

Arviointiryhmä ehdottaa, että päämäärää tarkennetaan niin, että tavoitteena korostuisi lääkehoitoa koskevien kansallisten hoitosuositusten noudattamisen edistäminen. Se antaisi tavoitteelle operationaalisen muodon ja siten mahdollisuuden seurata tavoitteen toteutumista. Tavoite ei poista kaikille lääkäreille kuuluvaa itsenäistä ammatillista vastuuta, velvollisuutta noudattaa yleisesti hyväksyttyä hoitokäytäntöä eikä velvollisuutta jatkuvasti varmistaa tietojensa ajantasaisuutta.

1.1.1.37 Toiminta-ajatus

Suunnitelman ko. kappale ei täsmennä tulevan Rohto -keskuksen toiminta-ajatusta, vaan luettelee joukon toimintaperiaatteita. Ne ovat sinänsä kaikin puolin hyväksyttäviä.

Suunnitelmasta on johdettavissa, että Rohto -keskuksen toiminta-ajatuksena on kehittää tiedonvälityksen ja koulutuksen avulla erityisesti perusterveydenhuollon lääkekeuhkämääräyskäytäntöjä siten, että ne tukevat hoidon tuloksellisuutta ja kokonaistaloudellisuutta sekä noudattavat alueellisesti sovellettuja kansallisia hoitosuosituksia. Rohto -keskus tukee yksilöllisten ja paikallisten hoitokäytäntöjen muuttamista hoitosuositusten mukaisiksi. Tähän pyritään myötävaikuttamalla lääkehoidon palautetietojen tuottamiseen ja antamalla paikallisille koulutusryhmille palautetietojen käsittelemiseen tarvittavaa farmakologista ja pedagogista asiantuntija-apua.

1.1.1.38 Toiminta

Alueellinen laajentuminen

Tavoitteeksi ilmoitetaan toiminnan laajentaminen asteittain kaikkiin sairaanhoitopiireihin.

Arviointiryhmä ehdottaa, että alueellinen toiminta rakennettaisiin sairaanhoitopiirien ammatillisen täydennyskoulutusorganisaation varaan samalla korostaen sen tehtävää tukea myös perusterveydenhuollon täydennyskoulutusta. Olisi ensiarvoisen tärkeää varmistaa sairaanhoitopiirien sitoutuminen oman täydennyskoulutuksensa kehittämiseen sekä lääkehoitoon liittyvien kysymysten painottamiseen koulutustoiminnassaan. Ilman tätä selkeää ”ohjelmallista” ja organisatorista tukea suunniteltujen koulutuslääkäreiden tehtävä käy erittäin vaikeaksi. Toiminnan rahoitusvastuun siirtäminen sairaanhoitopiirille muutaman ”sisäänajovuoden” jälkeen ei myöskään onnistu ilman tällaista sitoutumista.

Tämän mukaiselle toimintastrategialle tulisi hankkia Suomen Kuntaliiton tuki. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi myös pohtia, miten normi- tai taloudellisella ohjauksella sairaanhoitopiirejä voitaisiin kannustaa täydennyskoulutuksensa kehittämiseen myös nyt käsiteltävän suunnitelman tavoitteiden mukaisesti.

Käytännön toiminta

Arviointiryhmä on myös aiemmin esittänyt, että muu paikallinen kehittämistyö saattaa luoda paremmat edellytyksen myös koulutusryhmän toiminnalle. Paikallisen ”omis-tajuuden ja sitoutumisen” suhteesta Rohto –projektin valitsemaan itseohjautuvaan työskentelymalliin on vaikea vetää johtopäätöksiä mm. ryhmissä tapahtuneen suuren vaihtuvuuden vuoksi projektin aikana. Toimintakäytännön muutoksen todennäköisyys kasvaa, mikäli se kirjataan paikallisen sopimuksen muotoon, sen toteutukselle luodaan rakenteellinen tuki, esimerkiksi määrämuotoinen hoitosuunnitelma, sairausker-tomusjärjestelmän liitetyt ohjeet ja muistutukset, tietotekninen päätöksenteon tuki (esimerkiksi osana elektronista lääkkeenmääräämisjärjestelmää) ja yksilökohtainen seurantajärjestelmä.

Lääkäreiden toiminta- ja lääkkeenmääräämiskäytäntöihin vaikuttaminen edellyttää monimuotoista strategiaa, joissa omaa toimintaa koskevaa palautetietoa hyödyntävä täydennyskoulutus on vain yksi keino. Suunnitelmassa painottuu täydennyskoulutus-järjestelmän luominen ja jossain määrin yleinen tiedotustoiminta. Myös viranomaisten tai palvelujärjestelmän vastuulle kuuluvien toimintakäytäntöjen kehittymistä edesaut-tavien toimien tulisi sisältyä suunnitelmaan.

Tietoteknisen tuen merkitys on suuri. Suunnitelmaan tulisi sisällyttää kappale, jossa määritellään minkälaisin panoksin taustayhteisöt ovat valmiit myötävaikuttamaan sellaisen tietojärjestelmän syntymiseen, joka sisältäisi muistutus- ja varoitustoiminnot, päätöksentekoavun, lääkemääräyksen laadinnan tukiohjelman sekä potilaskohtaisten hoitotulosten seurannan. Tietojärjestelmä nojautuisi olemassa oleviin kansallisiin hankkeisiin ja rakennettaisiin niin, että sitä voitaisiin käyttää nykyisten tai kehittyvien potilastietojärjestelmien välityksellä.

Rohto- keskuksen toiminnaksi määritellään suunnitelmassa valmiiden koulutusmo-duulien sekä palautetiedon jakaminen alueellisen ja paikallisen toiminnan tarpeisiin.

Yhden keskitetyn jakelukanavan luominen voi helpottaa terveyskeskusten ja sairaan-hoitopiirien toimintaa. Jaettavan tiedon tuottamisen edistämiseen on kuitenkin ensin kiinnitettävä huomiota. Sekä lääkehoitoa koskevien suositusten että lääkkeiden käyt-töä koskevien palautetietojen tuottaminen vaatii ao. organisaatioilta runsaasta panos-tusta. Suunnitelmassa tulee sen vuoksi pohtia, miten Kansaneläkelaitoksen, Lääkelai-toksen ja Käypä hoito –organisaation edellytyksiä tiedon tuottamiseen voidaan edel-leen parantaa.

Rohto –keskuksen toiminta tulee suunnitella niin, että projektista saatuja kokemuksia voidaan hyödyntää. Painopistealueeksi tulee silloin alueellisen ja paikallisen toimin-nan tukeminen välittämällä lääkehoidon asiantuntemusta ja antamalla vaikuttavan täydennyskoulutuksen menetelmiin tukeutuvaa konsultaatioapua.

Suunnitelman käytännön toimintaa koskeva osa pitää laatia huomattavan paljon yksi-tyiskohtaisemmaksi yllä olevien suuntaviivojen perusteella.

1.1.1.39 Organisaatio

Toiminnan jatkuvuuden turvaaminen edellyttää pysyvää organisaatiota. Koska Rohto -projektin tärkeimpiä tuloksia on taustayhteisöjen tiivistynyt yhteistyö, tulisi uuden

organisaation olla taustayhteisöjen yhteisesti perustama ja ylläpitämä. Vähimmäisvaatimuksena on kaikkien yhteisöjen vaikuttamismahdollisuuksien turvaaminen.

Nyt tarkasteltavana olevaan suunnitelmaan tulisi liittää selkeä ehdotus organisaatiomuodoksi.

Paras vaihtoehto on Rohto –keskusta ylläpitävä *rekisteröity yhdistys*, jonka jäseninä taustayhteisöt ovat. Taustayhteisöt olisivat myös edustettuna yhdistyksen hallituksessa. Yhdistyksen perustamisen yhteydessä taustayhteisöt sopisivat yhdistyksen toiminnan rahoittamisesta. Perusrahoituksen takaaminen korostaisi keskuksen itsenäisyyttä, puolueettomuutta ja toiminnan jatkuvuutta. Yhdistysmuoto ei estäisi maksullisen palvelutoiminnan harjoittamista.

Mikäli Rohto –keskus halutaan nähdä liiketoimintana, joka toteutetaan myymällä palveluja sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille, oikea organisaatiomuoto on taustayhteisöjen perustama *osakeyhtiö*. Voidaan pitää kyseenalaisena, sopiiko keskuksen toiminta-ajatus toteutettavaksi liiketoimintana.

Kolmas vaihtoehto on toiminnan ylläpitäminen *viranomaistehtävänä*. Ensisijaisesti kyseeseen tulisi Rohto -keskuksen perustaminen Lääkelaitoksen yksikkönä. Vaihtoehto on perusteltu, mikäli sosiaali- ja terveysministeriö katsoo valtion tehtäväksi taata Rohto -keskuksen perustoimintaedellytykset. Hallinto – etenkin rahoituksen hallinnointi – olisi yksinkertaista. Kaikkien taustayhteisöjen vaikutusmahdollisuus voitaisiin taata perustamalla toiminnan seuranta ja ohjausta varten neuvottelukunta.

Nyt tarkasteltavana oleva suunnitelma ei lainkaan mainitse Lääkelaitoksessa laadittua seikkaperäistä ja eri toteutusvaihtoehtoja arvioivaa suunnitelmaa valtakunnallisen lääkeinformaatiokeskuksen perustamiseksi. Tämä suunnitelma korostaa, että Lääkelaitoksella lääkeinformaatioyksikkö on asiantuntijatiedon kokoamista ja jakelua palveleva organisaatio, jonka tehtäviä voidaan laajentaa. Mikäli suunnitelma toteutetaan Rohto –keskuksen tehtäväksi jää yksiselitteisesti lääkehoidon kysymyksiin keskittyvän alueellisen ja paikallisen täydennyskoulutustoiminnan tukeminen.

Koska toimintaa on vasta hahmoteltu on vaikea ottaa kantaa Rohto -keskuksen voimavaratarpeeseen. Pääperiaate - eli että yksikkö on pieni ja nojautuu yhteistyöverkostoihin - on sinänsä terve. Mikäli keskus keskittyy alueellisen ja paikallisen koulutus- ja kehittämistoiminnan tukemiseen välittämällä lääkehoidon asiantuntemusta ja antamalla täydennyskoulutuksen menetelmiin tukeutuvaa konsultaatioapua, vähimmäismiehitys on lääkärikoulutuksen saanut keskuksen päällikkö ja täydennyskoulutuksen asiantuntija. Organisaatiomuoto ja sijoitus ratkaisee hallinnollisen henkilökunnan tarpeen. Vain muutaman lääkehoidon asiantuntijan työpanoksen osoittaminen toimintaan on liian vähäistä, mikäli toiminnan tulisi kattaa useita sairaanhoitopiirejä – kaikista puhumattakaan. Parempi vaihtoehto on laajan palkkioperusteisten asiantuntijoiden yhteistyöverkoston luominen. Tällä on edellytyksiä antaa palveluja joustavasti koko maassa.

1.1.1.40 Organisatoriset tavoitteet vuodelle 2002

Tärkein organisatorinen tavoite on sopia Rohto -keskuksen toiminta-ajatuksesta sekä organisaatiomuodosta. Toiminnan jatkuvuuden varmistamiseksi on ensiarvoisen

tärkeää, että taustayhteisöt ovat tehneet sitovia päätöksiä toimintaan osallistumisesta. Se materialisoituu tehokkaimmin, kun päätetään osallistumisesta yhdistykseen, osakeyhtiöön tai valtion laitoksen perustamaan neuvottelukuntaan.

Jäsenyyden tai osakkuuden tarjoamista myös sairaanhoitopiirien kuntayhtymille tulisi harkita.

Organisaation perustaminen, sen muoto ja resursointi määräävät toiminnan kehykset. Hallituksen tai neuvottelukunnan tehtävänä on päättää sisällöllisistä painopisteistä ja alueellisen toiminnan laajuudesta ensimmäisenä toimintavuonna. Voimavarakehykset määräävät lopulta, pystyykö Rohto -keskus toimimaan sekä tiedotus- että koulutuskeskuksena, vai onko toista näistä toimintamuodoista priorisoitava.

1.1.1.41 Tarvittavat voimavarat

Edellisessä kohdassa on otettu kantaa Rohto-keskuksen ydinmiehitykseen. Keskusta perustettaessa tulisi päättää, onko mahdollista motivoida sairaanhoitopiirejä alusta alkaen huolehtimaan alueellisten tukihenkilöiden palkkaamisesta vai onko sittenkin määräaikainen keskitetty rahoitustuki aiheellinen. Toiminnan rahalliset hyödyt jakaantuvat sekä kunnalliselle terveydenhuollolle että valtiolle (sairausvakuutusrahoitus). Luultavasti hyödyt kummallekin osapuolelle ovat merkittävästi vaadittavaa panostusta suuremmat. Kuten edellä on todettu, riittävän ohjausvaikutuksen aikaansaamiseksi voisi olla perusteltua rahoittaa koko toiminta keskitetysti valtion varoin.

1.1.1.42 Raportointi ja arviointi

Organisaatiomuodosta riippumatta toimintaa on syytä edelleen seurata ja arvioida. Rohto –projektin perusteellista arviointia voidaan hyödyntää itsearviointijärjestelmän laatimiseksi. Ulkopuolinen, määrävälein tapahtuva toiminnan arviointi – esimerkiksi organisaatio-auditointina – on paikallaan.

PÄÄTTEEKSI: LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISKÄYTÄNTÖJEN MUUTOS EDELLYTTÄÄ MONIMUOTOISTA VAIKUTTAMISSTRATEGIAA

Rohto -projektin päätavoitteena oli vaikuttaa lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöihin niin että ne seuraisivat mahdollisimman pitkälle tutkittuun tietoon perustuvia hoito-ohjelmia ja –käytäntöjä. Projektissa korostettiin, että lääkehoitoa on tarkasteltava osana kokonaishoitoa. Rohto -projektin arvioinnin lähtökohtana oli nykyinen tietämys lääkäreiden *toimintakäytäntöjen* (ei pelkästään lääkkeenmääräämiskäytäntöjen) muovautumisesta ja miten siihen voi vaikuttaa.

Lääkäreiden toimintakäytäntöjen muutoksiin liittyvissä interventioissa (kuva 42) on tärkeää analysoida lähtötilanne identifioimalla ongelmakohdat, joihin interventio halutaan kohdistaa. Tässä vaiheessa määritellään tavoitetilä sekä kartoitetaan toiminnan nykytila mahdollisimman konkreettisella tavalla. Näiden pohjalta määräytyy muutostarve. Osana muutostarpeen määrittäystä valitaan myös intervention kohderyhmä.

Muutostarpeen määrittämisen jälkeen on olennaisen tärkeää kartoittaa kohderyhmän muutosvalmius, sillä se vaikuttaa suuresti interventiomenetelmän valintaan. Samalla tulisi identifioida ne mahdolliset esteet, joita tavoitellun muutoksen toteuttamiselle voi ilmetä.

Muutostarve, kohderyhmän muutosvalmius ja toiminnan muutoksen esteet tulisi analysoida huolellisesti osana interventiostrategian ja interventiomenetelmän tai –menetelmien valintaa. Interventiostrategian tulisi pohjautua malliin siitä, millä perusteilla kyseinen interventio on tiettyyn tilanteeseen soveltuva. Useissa interventiotutkimuksissa (ja etenkin niiden vaikuttavuuden tulkinnessa) ongelmana on se, että niiden taustalla ei ole mallia siitä, mihin kyseisen intervention vaikuttavuus perustuu.

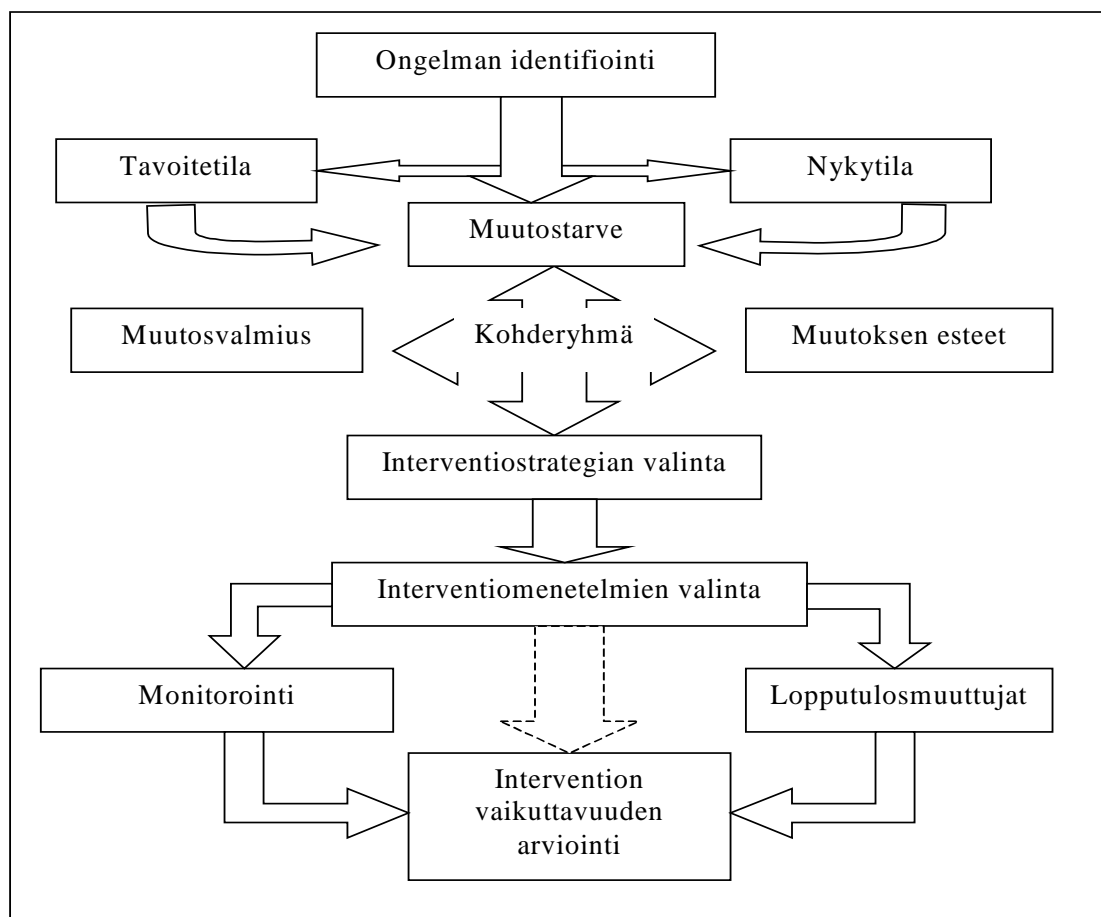
Interventiostrategian toteutuksessa tarvitaan useimmiten useita interventiomenetelmiä. Menetelmien valinnassa tulisi huomioida

- kohderyhmän erityispiirteet
- tavoiteltavan muutoksen erityispiirteet
- interventiomenetelmän ominaisuudet (esim. kuinka tarkoituksenmukaisena kohderyhmä kokee kyseisen menetelmän).

Intervention toteutusta tulisi monitoroida, etenkin silloin kun kokeillaan uusia lähestymistapoja (strategioita) tai uuden tyyppisiä menetelmiä. Interventiolla tulisi olla myös selkeästi määritellyt lopputulosmuuttujat, jotta intervention vaikuttavuudesta voidaan vetää johtopäätöksiä. Intervention arviointi kohdistuu seuraaviin tekijöihin:

- muutostarpeen määrittäminen
- kohderyhmän valinta
- interventiostrategian valinta
- interventiomenetelmien valinta
- intervention toteutus
- lopputulos (vaikuttavuus).

Eräs interventioiden arvioinnin keskeisimpiä elementtejä tulisi olla se, onko interventiostrategian ja –menetelmien valinnan taustalla oleva malli tietoinen, perusteltu ja toimiva. Näin voidaan tuottaa uutta, laajemmin yleistettävää tietoa interventioiden vaikuttavuudesta eri tyyppisissä muutoshankkeissa.



Kuva 42. Intervention suunnittelu, toteutus ja arviointi

Asiantuntijuuden kehityksessä harjoittelu ja omakohtainen kokemus ovat keskeisessä asemassa. Kokemustiedon tulisi integroitua formaaliin tietoon siten, että muodostuu asiantuntijoille ominaisia muistirakenteita (Järvinen, Koivisto & Poikela 2000). Kokemustiedon käsittely ja jakaminen ovat tärkeitä asiantuntijoiden koulutuksen elementtejä, joihin pienryhmissä tapahtuva täydennyskoulutus tarjoaa hyvän mahdollisuuden. Kollegojen kanssa käytävässä dialogissa ”hiljainen” (implisiittinen) tieto puetaan eksplisiittiseen muotoon, mikä mahdollistaa ideoinnin, keskustelun ja argumentoinnin. Ongelmalähtöinen oppiminen – sovellettuna täydennyskoulutuksen edellyttämässä muodossa – on erittäin käyttökelpoinen koulutusmenetelmä, mutta sen toteuttaminen edellyttää riittäviä asiantuntijaresursseja sekä pedagogisessa että sisällöllisessä toteuttamisessa. Esimerkiksi tapausten laadinnassa tulee huomioida asiantuntijan oppimisen ja ongelmanratkaisukyvyn periaatteet ja niihin liittyvän taustamateriaalin tulee olla tarkoituksenmukaista.

Lääkäri asiantuntijana on itse vastuussa ammattitaitonsa ylläpitämisestä ja kehittämisestä samoin kuin työnsä laadusta. Asiantuntijarooliin liittyvä autonomia herättää hel

posti vastarintaa ulkoisiksi koettuja muutospyrkimyksiä kohtaan. Lääkärit eivät kuitenkaan välttämättä kykene ilman ulkopuolista tukea identifioimaan todellisia kehittämistarpeita – koettu ja objektiivisesti arvioitu täydennyskoulutustarve eivät välttämättä kohtaa (du Boulay 1999). Tarvitaan järjestelmiä, joilla voidaan tuottaa objektiivista tietoa lääkärin työn laadusta (esimerkiksi reseptuuritiedot suhteessa vertaisryhmään) kehittämisalueiden identifioinnin välineeksi. Myös omien tietojen päivittämisen tarpeen arviointia varten tarvitaan välineitä (esimerkiksi itsearviointitestit) objektiivisen koulutustarpeen määrittämiseksi.

Toimintakäytäntöjen muutokset vaativat eri tyyppisiä strategioita muutoksen tavoitteesta, kohderyhmästä ja muutoksen luonteesta riippuen. Nelikentässä (kuva 43) on kuvattu yksi tapa hahmottaa interventiostrategioita suhteessa muutostarpeeseen ja –valmiuteen.

		Muutosvalmius	
		Suuri	Pieni
Muutos- tarve	Suuri	Muutoksen edellyttämien tietojen ja taitojen lisääminen koulutuksellisin intervention Muutoksen esteiden tiedostaminen ja niihin vaikuttaminen toiminta-organisaatioissa	Huomattavia resursseja vaativat menetelmät, joilla voidaan lisätä sekä muutosvalmiutta että kompetenssia, kuten AD, + palautejärjestelmät, mielipidejohtajien käyttö
	Pieni	”Kevyet interventiot” kuten tiedotus	Muutosvalmiuden herättäminen ensisijaista

Kuva 43. Interventiostrategioiden valinta suhteessa muutostarpeeseen ja –valmiuteen

Muutosprosessin kannalta on keskeistä, että lääkäriellä on käytössään sekä muodollista, yleistä tietoa että spesifiä, epämuodollista tietoa, jota saadaan ja luodaan kollegojen kanssa kommunikoidessa. Esimerkiksi tieteellisen artikkelin tai näyttöön perustuvan hoitosuosituksen käsittelyä alueellisesti tulisi fasilitoida, koska spesifisen ja kokemusperäisen tiedon integrointi muodolliseen tietoon edesauttaa muutoksen toteutusta.

Täydennyskoulutuksessa lääkäreiden itsensä kokemat tarpeet ja toiveet ovat tietenkin keskeisessä asemassa. Toisaalta tulisi käyttää sekä tietotasoa että toimintaa arvioivia objektiivisia mittareita tarvekartoituksen osana.

Täydennyskoulutuksen tueksi tarvitaan myös uuden tyyppisiä välineitä tuomaan joustavasti luotettavaa, ajantasaista tietoa osaksi arkipäivän kliinistä työtä. Näin voidaan integroida jatkuva ammatillinen kehittyminen osaksi lääkärin jokapäiväistä työtä. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi työasemasovellusten tai www-pohjaisten tiedonhankintakanavien kautta.

Nykykäsityksen lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttavista tekijöistä ja niihin kohdistuvista vaikuttamiskeinoista voi kiteyttää seuraavaan Tamblynin ja Battistan (1993) laatimaan kävioon (kuva 44):

	Altistavat tekijät	Mahdollistavat tekijät	Vahvistavat tekijät
MÄÄRITTÄVÄT TEKIJÄT	Kompetenssi	olosuhteisiin (työjärjestelyihin) liittyvät tekijät	taloudelliset tekijät
	sosiodemografiset tekijät	potilasaines	korvauskäytännöt
INTERVENTIOT	tietoihin vaikuttaminen	työjärjestelyihin kohdistuvat interventiot	korvauskäytäntöihin vaikuttaminen
	taitoihin vaikuttaminen	standardit ja laute	
		hallinnolliset interventiot	

Kuva 44. Lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttavat tekijät (Tamblyn ja Battista 1993)

Lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttaminen edellyttää siis usean eri strategian mieluummin samanaikaista käyttöä. Niihin kuuluvat ammatillisen tiedon ja osaamisen kehittämisen lisäksi – joita on käsitelty edellä – myös työskentelyolosuhteiden muokkaaminen tiedon hyödyntämistä tukeväksi ja muutoksia mahdollistavaksi. On käytettävä sopivia insentiivejä, mm. taloudellisia kiihokkeita ja hallinnollisia määräyksiä tai rajoitteita. Myös järjestelmätason sääntöjen pitää olla sopusoinnussa muutosta koskevien tavoitteiden kanssa.

Lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöihin jatkuvaan vaikuttamiseen pyrkivän toimintastrategian tulisi olla mahdollisimman monipuolinen ja käyttää kaikkia vaikuttamisen keinoja – koulutuksellisia, hallinnollisia, taloudellisia ja yhteiskunnallisen säätelyn keinoja.

Lääkäreiden kohdalla on keskeistä vaikuttaa heidän ammatillisen tietotaitonsa lisäksi myös heidän työskentelyolosuhteisiinsa rationaalisia toimintakäytäntöjä tukevalla tavalla. Tältä osin palvelujärjestelmän eli kunnallisten terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien aktiivinen osallistuminen on ensiarvoisen tärkeä.

Lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttava täydennyskoulutustoiminta tulee kytkeä osaksi sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten toimintaa – sekä toiminnan ohjaukseen ja arviointiin että täydennyskoulutukseen. Tällöin on panostettava jatkuvaa ammatillista kehittymistä mahdollistaviin työjärjestelyihin sekä rakennettava käytännön toimintaa palvelevia arviointi- ja seurantajärjestelmiä, jotka johdattelevat yksilöitä ja organisaatioita oman toiminnan kriittiseen arviointiin. Tietotekniikkaan perustuvat järjestelmät ovat tässä tärkeä investoinnin kohde.

Suunniteltu Rohto –keskus tukee lääkkeenmääräämiskäytäntöihin vaikuttavaa täydennyskoulutusta välittämällä riippumatonta lääkeinformaatiota ja avustamalla alueellista ja paikallista koulutusta. Lääkeinformaation tuottamisesta vastaavat keskuksen kanssa yhteistyötä tekevät Lääkelaitos sekä lääketieteellisissä tiedekunnissa ja sairaaloissa toimivat farmakologian ja kliinisten alojen asiantuntijat. Rohto –keskuksen tulisi myötävaikuttaa siihen, että paikallinen ja alueellinen toiminta suunnitelmallisesti hyödyntäisi Käypä hoito –suosituksia, laatisi niiden pohjalta alueellisia hoito-ohjelmia sekä käyttäisi niitä koulutustoiminnassaan.

Lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttavien koulutuksellisten keinojen lisäksi tarvitaan myös muita hallinnollisia vaikuttamiskeinoja. Mahdolliset toimenpiteet voivat liittyä lääkkeenmääräämistä koskeviin viranomaisohjeisiin, lääkkeiden korvausjärjestelmiin sekä lääkekustannusten rahoitusvastuun uudelleen jakamiseen. Eräistä muista maista löytyy esimerkkejä lääkkeiden vakuutuskorvausten kytkemisestä lääkkeitä määräävien lääkäreiden tulonmuodostukseen sekä kaikkien toiminta-alueella syntyvien lääkekustannusten rahoituksen siirtämisestä ao. alueen terveyspalvelujen tuottamisesta vastaavan organisaation (esimerkiksi maakunnan) kannettavaksi. Näin on haluttu synnyttää terveyspalvelujen tuottajille taloudellinen intressi vaikuttaa lääkkeiden määräämiseen ja lääkekustannusten hillitsemiseen. Tätä lähestymistapaa myös Lääkekorvaustyöryhmä 2000 (STM työryhmämuistioita 2001:15) pohti nimeten sitä kuntarahoitteiseksi malliksi. Kokonaisvaltaisen strategian tarve edellyttää, että sosiaali- ja terveysministeriöllä on keskeinen rooli lääkehoitoa kehitettäessä ”sen hyödyllisyyttä ja kokonaistaloudellisuutta osoittavan tiedon mukaisesti”.

Kirjallisuus

Ala-Fossi N. Uuden lääkkeen diffuusio yleislääkäreiden ja gynekologien keskuudessa. *Farm Aikak Dosis* 1997; 13:4-9.

Allery LA, Owen PA, Robling MR: Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ* 1997;314:870-874.

Anderson FA, Wheeler HB, Goldberg RJ et al. Changing clinical practice. Prospective study of the impact of continuing medical education and quality assurance programs on use of prophylaxis for venous thromboembolism. *Arch Intern Med* 1994;154:669-677.

Anderson G M, Lexchin J. Strategies for improving prescribing practice. *Can med Assoc J.* 1996;154:1013-1017.

Anderson GM, Beers MH, Kerluke K. Auditing prescription practice using explicit criteria and computerized drug benefit claims data. *J Eval Clin Prac* 1997;3:283-294.

Armstrong D, Reyburn H, Jones R. A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behavior. *BMJ* 1996;312:949-52.

Argyris C. On organizational learning. Cambridge: Blackwell, 1992

Argyris C, Schön D. Organizational Learning II. Theory, method and practice. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts 1996

Baines DL, Parry DJ. Analysis of the ability of the new needs adjustment formula to improve the setting of weighted capitation prescribing budgets in English general practice. *BMJ* 2000;320(7230):288-90.

Bandura A. Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Prentice-Hall, New Jersey 1986

Bandura A. Self efficacy. The exercise of control. Freeman & co, New York 1997

Barsky A J. Nonpharmacologic aspects of medication. *Arch Intern Med* 1983;143:1544-1548.

Bereiter C, Scardamalia M. Surpassing ourselves. An inquiry into the nature and implications of expertise. Open Court publishing Company, Chicago 1993

Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman A, Thomson MA. Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-468.

Bitterman J. Using qualitative research methods: Moving beyond felt need in CME design and delivery. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1999;19:25-33.

Bloor MJ, Venters GA, Samphier ML. Geographical variation in the incidence of operations on the tonsils and adenoids. An epidemiological and sociological investigation. Part I. *Journal of Laryngology & Otology* 1978;92(9):791-801.

Bloor MJ, Venters GA, Samphier ML. Geographical variation in the incidence of operations on the tonsils and adenoids. An epidemiological and sociological investigation (Part 2). *Journal of Laryngology & Otology* 1978;92(10):883-95.

du Boulay C. Continuing medical education for pathologists: an evaluation of the Royal College of Pathologists' Wessex pilot scheme. *Journal of Clinical Pathology* 1997;50:1022-1026.

du Boulay, C. Continuing professional development: some new perspectives. *Journal of Clinical Pathology* 1999;52:162-164.

Bradley C P. Uncomfortable prescribing decisions: a critical incident study. *BMJ* 1992;304:294-296.

Brimberry R. Vaccination of high-risk patients for influenza. A comparison of telephone and mail reminder methods. *The Journal of Family Practice* 1988;4:397-400.

Britten J and Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ* 1997;315:1506-1510.

Britten N, Stevenson F A, Barry C A, Barber N, Bradley C P. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000;320:484-488.

Burnes B. *Managing change*. London: Pitman, 1992.

Butler C C, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317:637-642.

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-1465

Cantillon P, Jones R: Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 1999;318:1276-9.

Chambers CV, Balaban DJ, Carlson BL, Ungemack JA, Grasberger DM. Microcomputer-generated reminders. Improving the compliance of primary care physicians with mammography screening guidelines. *The Journal of Family Practice* 1989;29:273-280.

Cheney C, Ramsdell JW. Effect of medical records checklists on implementation of periodic health measures. *The American Journal of Medicine* 1987;83:129-136.

Cherkin D., Deyo R.A., Berg A.O., Bergman J.J. & Lishner D.M.; Evaluation of a Physician Education Intervention to Improve Primary Care for Low-Back Pain I. Impact on Physicians. *Spine* 1991;16:1168-1172.

Christensen D B, Bush P J. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. *Soc Sci Med* 1981;15A:343-355.

Christensen R F. Pharmaceutical demand: managerial challenges. European Health Management Association's Annual Conference, 28-30.6.2000, Örebro, Sweden.

Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients expectations- a questionnaire study. *BMJ* 1997;315:520-523.

Cohen L, Manion L: Research methods in education. London: Routledge, 1994.

Coleman J, Menzel H, Katz E. Social processes in physicians' adoption of a new drug. *J Chr Dis.* 1959;9:1-19.

Cottrell K. Innovations making CME more clinically relevant, attractive. *CMAJ* 1997;156:1449-1451

Cowan JA, Heckerling PS, Parker JB. Effect of a fact sheet reminder on performance of the periodic health examination: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med* 1992;8:104-9.

Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992;268:1111-1117.

Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-705.

Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;157:408-416.

Davis, DA. Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1998;28:21-39.

Davis DA, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867-74.

Davis P, Andrews E, Donen N, Fitzgerald A, Hughes S, Juby A, Kvern B, Low S, Nixon O, Russel A, Skeith K, Suarez-Almazor M. Case studies in osteoporosis: a problem based intervention for family physicians. *The Journal of Rheumatology* 1999; 26: 2418-2422.

Denig P, Haaijer-Ruskamp FM, Zijsling DH. How physicians choose drugs. *Social Science & Medicine* 1988;27(12):1381-6.

Denig P. The decision process of the prescribing physician. Kirjassa: Bakker A ym (toim). *Drug consumption in the Netherlands*. Vol 2. Utrecht: Faculteit Farmacie, 1997

Dolmans DHJM, Schmidt HG ja Gijselaers WH. What drives the student in problem-based learning? *Medical Education* 1984; 27: 422-32.

Dowell JS, Snadden D, Dunbar JA. Rapid prescribing change, how do patients respond? *Soc Sci Med* 1996;42:1543-1549.

Duerden M, Walley T. Prescribing at the interface between primary and secondary care in the UK. Towards joint formularies? *Pharmacoeconomics* 1999;15:435-443.

Eddy, D: Practice Policies - What Are They? *JAMA* 1990;263:877-880.

Eskola, Jari. *Eläytymismenetelmäopas*. Tampere. Tampereen yliopisto, jäljennepalvelu, 1997.

Fijn R, Engerls S, Brouwers J ym. Dutch Hospital Drug formulaies: pharmacotherapeutic variation and conservatism, but concurrence with national pharmacotherapeutic guidelines. *Br J Clin Pharm* 2000;49:254-263.

Fox R, Bennett N. Continuing medical education: Learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ* 1998;316:466-468.

Garrison DR. Critical thinking and adult education: A conceptual model for developing critical thinking in adult learners. *International Journal of Lifelong Learning* 1991;10:287-303.

Garvey G, Jappy B, Steward D ym. Grampian Health Board's joint drug formulary. *BMJ* 1990;301:851-851.

Geertsma RH, Parker RC, Whitbourne SK. How physicians view the process of change in their practice behavior. *Journal of Medical Education* 1982;57:752-761.

Geissinger SB, Humphry RA, Hanft BE, Keyes LL. Assessing changes in professional attitudes: effects of continuing education. *the Journal of Continuing Education in the Health Professiona* 1993;13:99-116.

Glaser R. Expert knowledge and processes of thinking. Teoksessa McCormick R, Paechter C. (toim.) *Learning and Knowledge*. Paul Chapman Publishing, Lontoo 1999

Gourgoulialis KI, Hamos B, Christou K, Rizopoulou D, Efthimiou A Prescription of medications by primary care physicians in the light of asthma guidelines. *Respiration* 1998;65:18-20.

le Grand A, Hogerzeil H V, Haaijer-Ruskamp F M. Intervention in rational use of drugs: a review. *Health Pol Plann* 1999;14:89-102.

Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' performance. *New Engl J Med* 1993;329:1271-1273.

Greenhalgen T. Effective prescribing at practice level should be identified and rewarded. *BMJ* 1998;316:750-753.

Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care* 1994;32:202-13.

Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;315:202-13.

Gyssens I C, Blok W L, van der Broek P J, Hekster Y A, van der Meer J W M. Implementation of an educational program and an antibiotic order form to optimize quality of antimicrobial drug use in a department of internal medicine. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1997;16:904-912.

Harris JS. Why doctors do what they do: Determinants of physician behavior. *Journal of Occupational Medicine* 1990;32:1207-1220.

Helin A, Heinänen T, Peura A, Nikkarinen T. Ongelmista opiksi: Täydennyskoulutusohjelma yleislääkäreille Keski-Suomessa 1997-98. *Suomalainen lääkärisseura Duodecim* 1998.

Helin A, Hoppu K, Klaukka T. Lääkehoidon ongelmia lääkärin näkökulmasta. *Suom Lääkäril* 1998;53:4235-4240.

Helin A, Huupponen R, Mäntyranta T, Klaukka T, Idänpään-Heikkilä J. Avohoidon lääkärin peruslääkevalikoima. *Suom Lääkäril* 1999;54:1401-1405.

Helin-Salmivaara A, Sairanen S, Klaukka T. Millasta tietoa lääkäri tarvitsee lääkkeistä ja mistä hän sen löytää? *Suom Lääkäril* 2000;55:4850-4853.

Helin-Salmivaara A, Sairanen S, Klaukka T. Montako tulehduskipulääkettä kuuluu terveyskeskuslääkärin lääkevalikoimaan? *Suom Lääkäril* 2001;56:59-61.

Helin-Salmivaara A, Sairanen S. Projektista prosessiksi. Rationaalinen lääkehoito-ohjelma ROHTO 1998 – 2001. Vantaa 2001.

Hemminki E. Factors influencing prescribing. Kirjassa: Ghodse A H (toi.). *Psychoactive drugs: improving prescribing practices*. Geneva, WHO 1988.

Hemminki E. Lääkkeiden hinnat, lääkekorvaukset ja hyvä lääkehoito. *Suom Lääkäril* 1997;52:2551-2555.

Himmel W, Lippert-Urbank E, Kochen M. Are patients more satisfied when they receive a prescription? *Scan J Prim Care* 1997;15:118-122.

Järbrink K, Carlsten A, Fredriksen S O. Swedish physicians's inclination to prescribe benzodiazepines: differences between regions and characteristics of the prescriber. *Scan J Public Health* 1999;1:22-19.

Järvinen – Taubert J. Tarvitseeko työelämä kriittisiä työntekijöitä? Teoksessa Järvinen-Taubert J, Valtonen P (toim.) Kriittisyyteen kasvu korkeakoulutuksessa. Tampereen yliopistopaino oy, Tampere 1999

Järvinen A, Koivisto T, Poikela E. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. WSOY, Porvoo 2000

Kelsey M C, Kouloumas G A, Lamport P A, Davis C L. Relation between general practitioners' prescribing of antibacterial drugs and their use of laboratory tests. *BMJ* 1996;313:922.

Keys P W, Goetz CM, Keys PA, Sterchele JA, Snedden TM. Computer-guides academic detailing as part of a drug benefit program. *Am J Health-Syst Pharm* 1995;52:2199-2208.

Klein L E, Charache P, Johannes R J. Effect on physician tutorials on prescribing patterns of graduate physicians. *Journal of Medical Education* 1981;56:504-11.

Knowles MS. *Introduction: the art and science of helping adults learn*. In: Knowles MS and Associates: *Andragogy in Action*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1985.

Kochen MM, Sandholzer H, Himmel W Attitudes of primary care physicians towards the use of a drug formulary--preliminary results of a study in Germany. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1994;32:400-402.

Kolb DA. *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall, New Jersey 1984

Koschmann T, Glenn P& Conlee M. Analyzing the emergence of a learning issue in a problem-based learning meeting. *Med Educ Online* 1997;2:2.

Lahnajärvi L, Klaukka T, Martikainen J. Lääkäreiden mielipiteitä Kelan reseptikoosteesta "Parasta mitä Kelalta on koskaan tullut". *Suom Lääkäri* 1997;52:4035-36.

Lahnajärvi L. Vaihtelevat reseptien uusimiskäytännöt. *Suom Lääkäri* 1999;54:795-797.

Lahti S. Lääkekulutus ja lääkkeiden määrääminen – heijastuvatko sairaaloiden peruslääkevalikoimat avohoidon lääkekulutukseen. Kuopio: Kuopion yliopisto, sosiaali-farmasian laitos, 2000.

Lamas G A, Pfeffer M A, Hamm P, Werheimer J, Rouleau J C, Braunwald E. Do the results of randomized clinical trials of cardiovascular drugs influence medical practice? *NEJM* 1992;327:241-247.

Lilja J, Larsson S, Hamilton D. Drug communication. How cognitive science can help the health professionals. Kuopion yliopiston julkiasuja A, Kuopio 1996

Litzelman DK, Dittus RS, Miller ME, Tierney WM. Requiring physicians to respond to computerized reminders improves their compliance with preventive care protocols. *J Gen Intern Med* 1993;8:311-317.

Lomas, J., Anderson G.M., Domnick-Pierre K., Vayda E., Enkin M.W. & Hannah W.J.: Do practice guidelines guide practice? *N Engl J Med* 1989;321:1306-1311.

Lääkekustannustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työryhmämuistioita 1997:11.

Lääkekorvaustyöryhmä 2000. STM työryhmämuistioita 2001:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2001.

Majeed A, Head S. Capitation based prescribing budgets will not work. *BMJ* 1998;316:748-750.

Manninen J, Pesonen S. Aikuisdidaktiset lähestymistavat – verkkopohjaisten oppimisympäristöjen suunnittelun taustaa. Teoksessa Matikainen J, Manninen J (toim.) Aikuiskoulutus verkossa. Helsingin yliopiston laiden tutkimus- ja koulutuskeskus, Tampere 2000

Manning PR, Lee PV, Clintworth WA, Denson TA, Oppenheimer PR, Gilman NJ. Changing prescribing practices through individual continuing education. *JAMA* 1986; 256: 230-232.

Marienau C. Self-assessment at work: Outcomes of adult learners' reflections on practice. *Adult Education Quarterly* 1999;49:135-147.

McDonald CJ. Protocol-based computer reminders, the quality of care and the non-perfectability of man. *N Engl J Med* 1976;295:1351-1355.

McLeod PJ: How to produce instructional text for medical audience. *Medical Teacher* 1991;13: 135-44.

Melander E, Bjorgell A, Bjorgell P, Ovredal I, Molstad S. Medical audit changes physicians' prescribing of antibiotics for respiratory tract infections. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1999;17:180-4.

Mezirow J. Kriittinen reflektio uudistavan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa Mezirow ym. (toim.) Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, Helsinki 1996

Montagne M: The metaphoric nature of drugs and drug taking. *Soc Sci Med* 1988;26:417-424.

Mugford M., Banfield P. & O'Hanlon M.: Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ* 1991;303:398-402.

Noyce PR, Huttin C, Atella V, Brenner G, Haaijer-Ruuskamp FM, Hedvall M-B, Mechtler R. The costs of prescriptions to patients. *Health Pol* 2000;52:129-145.

O'Brien T, Oxman AD, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, The Cochrane Collaboration, 2000.

Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB: No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;153:1423-1431.

Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Users guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1993;270:2093-5.

Payne T H, Goodson J D, Morgan M M, Barnett G O. Do residents and staff physicians differ in the types and costs of antihypertensive drugs they select? *J Gen Intern Med* 1991;6:439-444.

Peay MY, Peay ER The role of commercial sources in the adoption of a new drug. *Soc Sci Med* 1988;26:1183-1189.

Peay MY, Peay ER Patterns and preferences for information sources in the adoption of new drugs by specialists. *Soc Sci Med* 1990;31:467-476.

Poikela E. Kontekstuaalinen oppiminen. Tampereen yliopisto, Tampere 1999

Pratt DD. Andragogy as a relational construct. *Adult Education Quarterly* 1988;38:160-181.

Raappana S. Terveysthuollon kustannuksiin vaikuttaminen – lääkärin rooli kustannusten keskellä. Sosiaalifarmasian pro gradu –tutkielma, Helsingin yliopiston farmasian laitos 2000

Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Schouten B, Hobma S, Grol R. Assessment in general practice: the predictive value of written-knowledge tests and a multiple-station examination for actual medical performance in daily practice. *Medical Education* 1999;33:197-203.

Rauste-von Wright M, von Wright J. Oppiminen ja koulutus. WSOY, Porvoo 1994

Regehr G, Norman GR. Issues in cognitive psychology: Implications for professional education. *Academic Medicine* 1996;17:988-1001.

Rice N, Dixon P, Lloyd D C, Roberts D. Derivation of needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. *BMJ* 2000;320:284-290.

- Rissanen P, Salo H, Helin-Salmivaara A, Tammela T. Eturauhasen hyvänlaatuisen liikkakasvun hoitojen kustannusvaikuttavuus. *Duodecim* 2000;116:1419-26.
- Rogers C. Freedom to learn for the 80's. Columbus, O. Merrill 1983
- Rossi PH, Freeman HE. Evaluation. A systematic approach. Beverly Hills: Sage, 1982.
- Ruohotie P. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. WSOY, Porvoo 2000
- Sairanen S, Helin-Salmivaara A, Lahnajärvi L. Reseptin uusiminen- pelkkää leimaamista vai hoidon tarpeen arviointia. *Suom Lääkäril* 2000;55:4284-4286.
- Schwartz RK, Soumerai ST, Avorn J. Physician motivation for nonscientific drug prescribing. *Soc Sci Med* 1989;28:577-582.
- Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books, 1983.
- Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. Aldershot: Ashgate, 1991.
- Segal R, Hepler C D. Prescribers' beliefs and values as predictors of drug choices. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1982;39:1891-1897.
- Slotnick HB. How doctors learn: The role of clinical problems across the medical school – to – practice continuum. *Academic Medicine* 1996;72:32-35.
- Soumerai SB, McLaughlin T J, Avorn J. Improving drug prescribing in primary care: a critical analysis of the experimental literature. *Milbak Quatr* 1989;67:268-317.
- Spencer JA, Jordan RK. Learner centered approaches in medical education. *BMJ* 1999;318:1280-1283.
- Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M, Nayak A, Bradley CP. GP's perceptions of patient influence on prescribing. *Family Practice* 1999;16:255-261.
- Stevrin P. Utvärdering för förändring. Lund: Studentlitteratur, 1991.
- Straand J, Rokstad K S, Sandvik H. Prescribing systemic antibiotic in general practice. *San J Prim health* 1997;16:121-127.
- Suoranta, J. Tekstit, murrokset ja muutos: Kolme näkökulmaa laadullisen tutkimuksen metodologiaan. Rovaniemi. Lapin yliopisto, 1995.
- Tamblyn R, Battista R. Changing clinical practice: which interventions work? *The Journal of Continuing Education for the Health Professionals* 1993;13:273-288.

Tape TG, Campbell JR. Computerized medical records and preventive health care: success depends on many factors. *The American Journal of Medicine* 1993;94:619-625.

Tracey J, Arroll B, Barham P, Richmond D. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ* 1997;315:1426-8.

Tuckman BW. Conducting educational research. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers, 1994.

Tuomisto J. Aikuiskasvatuksen perusaineksia. Tampereen yliopisto, Täydennyskoulutuskeskus, julkaisusarja B 2/92, Tampere 1994

Turk DC, Okifuji A. What factors affect physicians' decisions to prescribe opioids for chronic noncancer pain patients? *Clin J Pain* 1997;13:33-336.

Tynjälä P. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa Eteläpelto A, Tynjälä P. (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma. WSOY, Porvoo 1999

Veninga CC, Denig P, Zwaagstra R, Haaijer-Ruskamp FM. Improving drug treatment in general practice. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000;53(7):762-72.

Vedsted P, Nilesen J N, Olesen F. Reduceret et computerbaseret modul til prissammenligning udgifter til medicin i larm praksis. *Ugers Læger* 1998;160:4873-4875.

de Vries CS, van Diepen NM, Tromp TF, de Jong-van den Berg LT. Auditing GPs' prescribing habits: cardiovascular prescribing frequently continues medication initiated by specialists. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1996;50(5):349-52.

Wallenius S, Ahonen R, Enlund H. Lääkemääräyskäytäntö ja siihen vaikuttaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1997:12, STM Helsinki 1997

Walton RT, Gierl C, Yudkin P, Mistry H, Vessey MP, Fox J. Evaluation of computer support for prescribing (CAPSULE) using simulated cases. *PMJ* 1997;315:791-795.

Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift just a gift. *JAMA* 2000;283:373-380.

White P T, Pharoah C A, Anderson H R, Freeling P. Randomized controlled trial of small group education on the outcome of chronic asthma in general practice. *J T Col Gen Prac* 1989;39:182-186.

Wilkes M, Bligh J. Evaluating educational interventions. *BMJ* 1999; 318: 1269-1272.

Williamson JW, German PS, Weiss R, Skinner EA, Bowes F. Health sciences information management and continuing education of physicians. *Annals of Internal Medicine* 1989;110:151-60.

Wilson RPH, Hatcher J, Barton S, Walley T. The association of some practice characteristics with antibiotic prescribing. *Pharmepidem Drug Saf* 1999;8:15-21.

Yin RK. Case study research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1994.

Julkaisemattomat lähteet

Helin A, Huupponen R. Projektisuunnitelma. Lääkehoidon kehittämisprojekti. 1998.

Helin A. Rohto-Toimintaohjelma. Suunnitelma v.1999.

Helin-Salmivaara A. Rohto-Toimintaohjelma. Suunnitelma v. 2000.

Helin-Salmivaara A. Rohto – Väliraportti 1.6.1998 –30.6.2000.

Helin-Salmivaara A / seurantaryhmä. Rohto-ohjelma. Toimintasuunnitelma v. 2001.

Helin-Salmivaara A. Suunnitelma. Rohto – rationaalisen lääkehoidon tukeminen vuoden 2001 jälkeen. 2001.

- 2002: 1 Tuuli Nikkarinen, Santeri Huvinen, Mats Brommels. Kansallinen konsensus ja paikallinen pohdinta. Lääkemääräämiskäytäntöjen muuttaminen koulutuksellisin keinoin. Rohto-projektin arviointiraportti.
ISBN 952-00-1111-0
- 2 Robert Arnkil, Merja Hietikko, Kati Mattila, Jarmo Nieminen, Pekka Rissanen, Timo Spangar. Kansallisen ikäohjelman arviointi.
ISBN 952-00-1110-2
- 3 Lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä 1999–2000.
ISBN 952-00-1130-7